BULLETINS ET MÉMOIRES

LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

0 1 2 3 4 5 (cm)

PARIS. — IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE DE PAUL DUPONT
Rue Jean-Jacques-Rousseau, 41 (Hôtel des Fermes).

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRÉTAIRES DE LA SOCIÉTÉ

M. DE SAINT-GERMAIN
Secrétaire général

ET

MM. HORTELOUP ET LANNELONGUE.
Secrétaires annuels,



TOME IV 1878

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Boulevard Saint-Germain et rue de l'Éperon
EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

1878

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

René DUVAL, fondateur d'un prix annuel de 100 francs.

Edouard LABORIE, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc GERDY, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles HUGUIER, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, destinée à favoriser les publications scientifiques de la Société.

DEMARQUAY, fondateur d'un prix biennal.

Paul GUERSANT, — LENOIR, — PAYEN, — VELPEAU, — GERDY, — baron LARREY, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION.

MM.

1844. — A. Bérard.
1845. — Michon.
1846. — Monod.
1847 — Lenoir.
1848. — Robert.
1849. — Cullerier.
1850. — Deguise père.
1851. — Danyau.
1852. — Larrey.
1853. — Guersant.
1854. — Denonvilliers.
1855. — Huguier.
1856. — Gosselin.
1857. — Chassaignac.
1858. — Bouvier.
1859. — Deguise fils.
1860. — Marjolin.
1861. — Laborie.

MM.

1862. — Morel-Lavallée.
1863. — Depaul.
1864. — Richet.
1865. — Broca.
1866. — Giraldès.
1867. — Follin.
1868. — Legouest.
1869. — Verneuil.
1870. — A. Guérin.
1871. — Blot.
1872. — Dolbeau.
1873. — Trélat.
1874. — Maurice Perrin.
1875. — Le Fort.
1876. — Houel.
1877. — Panas.
1878. — Félix Guyon.

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE.

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1878.

Président	MM.	Félix GUYON.
Vice-président		TARNIER.
Secrétaire général		DE SAINT-GERMAIN.
Secrétaires annuels		HORTELOUP et LANNELONGUE.
Trésorier		NICAISE.
Archiviste		TERRIER.

MEMBRES HONORAIRES.

MM. Blot.
Boinet.
Bouley (H.).
Broca.
Chassaignac.
Cloquet (J.).
Deguise.
Depaul.
Ehrmann.
Gosselin.

MM. Guérin (Alphonse).
Larrey (baron).
Le Fort (Léon).
Legouest.
Maisonneuve.
Monod.
Richet.
Ricord.
Rigaud.
Voillemier.

MEMBRES TITULAIRES.

MM. Anger (Théophile).
Cruveilhier.
Delens.
Desormeaux.
Després.
Dubrueil.
Duplay.
Farabœuf.
Forget.
Gillette.
Giraud-Teulon.
Guéniot.
Guyon (Félix).
Horteloup.
Houel.
Labbé (Léon).
Lannelongue.

MM. Ledentu.
Lucas-Championnière.
Magitot.
Marjolin.
Nicaise.
Panas.
Paulet.
Périer.
Perrin (Maurice).
Polaillon.
de Saint-Germain.
Sée (Marc).
Tarnier.
Terrier.
Tillaux.
Trélat.
Verneuil.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX.

MM. Ancelet, à Vailly-sur-Aisne (Aisne).
Arlaud, directeur du service de santé de la marine à Toulon.
Aubrée, professeur à l'École de médecine de Rennes.
Avat (D'), chirurgien de l'hospice d'Aix (Savoie).
Azam, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Azéma, à l'île de la Réunion.
Baizeau, médecin inspecteur de l'armée.
Baudon, médecin-major de l'armée.
Benoit, professeur à la Faculté de Montpellier.
Berchon, directeur du service sanitaire de la Gironde, à Pauillac.
Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine.
Bernard, à Apt (Vaucluse).
Bœckel, à Strasbourg.
Boissarie, à Sarlat.
Bouchacourt, professeur à l'École de médecine de Lyon.
Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier
Bourgeois, à Étampes (Seine-et-Oise).
Bourguet, chirurgien de l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône).
Cazin, à Boulogne.
Champenois, médecin principal de l'armée.
Chapplain, professeur à l'École de médecine de Marseille.
Chauvel, professeur agrégé au Val-de-Grâce.
Chedevergne, professeur à l'École de médecine de Poitiers.
Chipault, à Orléans.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
Colson, à Noyon.
Courty, professeur à la Faculté de Montpellier.

MM. Cras, professeur à l'École navale de Brest.
Dauvé, médecin principal de l'armée.
Debrou, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.
Decès (J.-B.), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims.
Delacour, directeur de l'École de médecine de Rennes.
Delore, professeur suppléant à l'École de médecine de Lyon.
Denucé, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Desgranges, professeur à l'École de médecine de Lyon.
Devalz, à Bordeaux.
Diday, ex-chirurgien de l'Antiquaille à Lyon.
Drouineau, chirurgien des hôpitaux civils de la Rochelle.
Duboué, chirurgien à Pau.
Dubreuilh (Ch.), chirurgien de la Maternité de Bordeaux.
Duménil, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
Duplouy, professeur à l'École navale de Rochefort.
Erhmann, à Mulhouse.
Faucon, à Amiens.
Fleury, chirurgien de la marine à Constantinople.
Gaujot, professeur au Val-de-Grâce.
Gayet, professeur suppléant à l'École de médecine de Lyon.
Herrgott, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Heurtaux, professeur adjoint à l'École de médecine de Nantes.
Houzé de l'Aulnoit, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
Houzelot, chirurgien en chef de l'hôpital de Meaux.
Jouon, professeur à l'École de médecine de Nantes.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lannelongue, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Letiévant, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
Lejeal, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu à Valenciennes.
Lizé, chirurgien de la Maternité du Mans.
Mascarel, à Châtellerault (Vienne).
Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Michel, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, chirurgien au Mans.
Mourlon, médecin-major de l'armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ollier, chirurgien en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
Oré, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Paquet, Lille.
Parise, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
Patry, à Sainte-Maure (Indre-et-Loire).
Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, en Provence.
Philippeaux, à Lyon.

MM. Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Poinsot, Bordeaux.
Poncet, médecin-major de l'armée.
Pravaz, à Lyon.
Prestat, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Pontoise.
Puel, à Figeac.
Raimbert, à Châteaudun.
Rochard, inspecteur général de la marine à Paris.
Ribell, chirurgien de l'hospice de la Grave à Toulouse.
Roux (J.), ex-inspecteur général de la marine à Paris.
Roux, de Marseille.
Salmon, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Sarazin, médecin-major de l'armée.
Sédillot, membre de l'Institut (Académie des sciences), professeur honoraire de la Faculté de Strasbourg (Paris).
Serre, à Alais.
Silbert, à Aix.
Sistach, à Bone (Algérie).
Spillmann, médecin-major de l'armée.
Stolz, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.
Surmay, à Ham.
Tholozan, médecin principal de l'armée (Perse).
Thomas (Louis), à Tours.
Vallet, chirurgien en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.
Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.
Viard, à Montbard (Côte-d'Or).

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS.

6 janvier 1864..... — Adams-Robert, Dublin.
11 août 1875....... — Bowmann, Londres.
10 janvier 1877..... — Ciniselli, Cremone.
5 janvier 1870 .... — Donders, Utrecht.
24 août 1852....... — Grimm, Berlin.
5 janvier 1870 .... — Helmholtz.
30 juillet 1856 ..... — Langenbeck, Berlin.
9 janvier 1853..... — Lebert, Breslau.
10 janvier 1877..... — Longmore, Netley-Southampton.
10 janvier 1877..... — Michaux, Louvain.
6 janvier 1864..... — Paget (James), Londres.
31 décembre 1862.. — Pirogoff, Russie.
30 juillet 1856...... — Porta, Pavie.
11 août 1875....... — Rizzoli, Bologne.
31 décembre 1862.. — Rokitansky, Vienne.
6 juillet 1859 ..... — Scanzoni, Wurzbourg.
6 juillet 1859 ..... — Stromeyer, Hanovre.
3 janvier 1866..... — Vanzetti, Padoue.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

10 janvier 1877..... — Albert, Vienne.
10 janvier 1877..... — Amabile, Naples.
9 janvier 1878..... — Arlt, Vienne.
8 janvier 1868..... — Barbosa, Lisbonne.
13 janvier 1869..... — Bardeleben, Berlin.
26 novembre 1845 . — Bassow, Moscou.
31 décembre 1862.. — Back, Fribourg-en-Brisgau.
31 octobre 1851.... — Birkett, Londres.
3 janvier 1865..... — Th. Billroth, Vienne.
6 juillet 1859...... — Blasius, Halle.
17 septembre 1851. — Borelli, Turin.
10 janvier 1877.. .. — Bryant, Londres.
3 janvier 1865..... — Brown-Séquard.
13 janvier 1869.... — Broodhurst, Londres.
13 janvier 1864.... — Bruns (Victor), Tübingen.
mars 1867..... . — Buren (Van), New-York.
22 décembre 1852.. — Burgrœve, Gand.
9 janvier 1878 .... — Callender, Londres.
31 décembre 1861... — Coote (Holmes), Londres.
31 décembre 1862.. — Cornaz, Neufchâtel.
11 août 1875....... — Corradi, Milan.
6 juillet 1859.... . — Crede, Leipzig.
3 juin 1857 .... — Crocq, Bruxelles.
mars 1867...... — Deroubaix, Bruxelles.
21 mai 1856........ — Dupierris (père), Havane.
3 janvier 1865.... — F. G. Emmert, Berne.
8 janvier 1862..... — Esmarch, Kiel.
6 juillet 1859 ..... — Fabri, Ravenne.
9 octobre 1853.... — Fleming, Dublin.

6 juillet 1859..... — FRIEDBERG (H.), Berlin.
13 janvier 1864. .. — GAMGEE (Samson), Birmingham.
13 janvier 1869.... — GAUTIER, Genève.
13 janvier 1864.... — GHERINI, Milan.
3 janvier 1865.... — E. GURTL, Berlin.
29 août 1855....... — HAMMER, Saint-Louis (Missouri).
26 décembre 1855.. — HANNOVER, Copenhague.
15 septembre 1852. — HEWETT (Prescott), Londres.
30 octobre 1854.... — HEYFELDER (fils), Saint-Pétersbourg.
3 janvier 1865..... — HOLMES, Londres.
2 janvier 1865.... — G. M. HUMPHRY, Cambridge.
31 décembre 1862.. — HUTCHINSON (J.), Londres.
13 janvier 1869... — KRASSOWKI, Saint-Pétersbourg.
6 juillet 1859...... — LARGHI, Bologne.
10 janvier 1877..... — LISTER, Édimbourg.
6 juillet 1859...... — MAC-LEOD, Glascow.
22 octobre 1856.... — MAYOR (fils), Genève.
8 janvier 1868..... — MAZZONI, Rome.
13 janvier 1864.... — MELCHIORI (Giovanni), Milan.
3 janvier 1865.... — NEUDÖRFER, Prague.
11 août 1875 .... — G. OTIS, Washington.
8 janvier 1868 .... — PEMBERTON, Birmingham.
8 janvier 1862.. . — PIACHAUD, Genève.
4 octobre 1848.... — PITHA, Prague.
6 juillet 1859.. ... — RIED, Iéna.
9 janvier 1878.... — REVERDIN, Genève.
11 août 1875....... — ROUGE, Lausanne.
2 janvier 1856.... — SAND-COX, Birmingham.
31 décembre 1862.. — SANGALLI, Pavie.
10 janvier 1877.... — SAXTORPH, Copenhague.
31 décembre 1862.. — SIMON (Gust.), Rostock.
mars 1867....... — SIMON (John), Londres.
3 janvier 1865.... — STEPHEN-SMITH, New-York.
6 juillet 1869 ..... — SOUPART, Gand.
31 décembre 1862.. — SPERINO (Casimir), Turin.
10 janvier 1877..... — SYMVOULIDES, Saint-Pétersbourg.
31 décembre 1862 .. — TESTA, Naples.
6 juillet 1869...... — HENRY THOMPSON, Londres.
mars 1867....... — WELLS (Spencer), Londres.
8 janvier 1868..... — WILMS, Berlin.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La Société de chirurgie dispose de quatre prix : LE PRIX DUVAL, LE PRIX LABORIE, LE PRIX GERDY et LE PRIX DEMARQUAY ; *les deux premiers sont annuels, les deux derniers sont biennaux.*

Le prix DUVAL a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante: « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde à titre d'encouragement un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie, publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet devront être indiqués ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. »

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1876 jusqu'au 1er novembre de l'année 1877 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1877.

Le prix Édouard LABORIE a été fondé par madame veuve Laborie le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris en 1868 les décisions suivantes :

« Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail ***inédit*** sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les decteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la sus cription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 no vembre 1873 est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Aux termes du testament, la Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents.

La Société a décidé que la question serait toujours donnée deux années à l'avance, et que, d'ailleurs, les compétiteurs devraient se soumettre aux règles déjà adoptées pour le prix Laborie.

Le prix Demarquay a été fondé par Jean-Nicolas Demarquay, qui a légué à la Société de chirurgie une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal. Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance.

Après un rapport du Secrétaire général, lu en comité secret, le 16 décembre 1874, la Société a également décidé que *les membres titulaires* de la Société de chirurgie de Paris seraient *seuls exclus* des concours pour les prix Laborie et Gerdy.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Abeille médicale. — Annales de gynécologie. — Archives générales de médecine et de chirurgie. — Art dentaire. — Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale. — Écho de la presse médicale française et étrangère. — France médicale. — Gazette hebdomadaire. — Gazette des hôpitaux. — Gazette obstétricale de Paris. — Journal de médecine et de chirurgie pratique. — Médecine contemporaine.— Moniteur thérapeutique. — Mouvement médical. — Progrès médical. — Recueil d'olpthalmologie. — Revue de thérapeutique médico-chirurgicale. — Revue scientifique de la France et de l'étranger. — Revue médicale de l'Est. — Sud médical. — Tribune médicale. — Union médicale. — Union pharmaceutique.

Alger médical. — Bordeaux médical. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin médical du Nord de la France. — Bulletin de la Société médicale de l'Aube. — Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe. — Gazette médicale de Bordeaux. — Gazette médicale de Strasbourg. — Journal de médecine de l'Ouest. — Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure. — Lyon médical. — Mémoires de la Société de médecine de Nancy. — Marseille médical. — Montpellier médical. — Revue médicale de Toulouse. — Société médicale de Reims. — Revue médicale et pharmaceutique du Midi.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Centralblatt für Chirurgie. — Annales de la Associacion Larrey (Mexico). — The Boston Medical and Surgical Journal.—British Medical (London).—Comptes rendus de la Société de chirurgie de Moscou.— Gazzetta medica italiana lombardia (Milan). — L'Independente (Florence). — The Practitioner (London). — Medicinische chirurgische Rundschau (Vienne). — Medicinische Wiener Wochenschrift.



BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

NOUVELLE SÉRIE.

Séance du 2 janvier 1878,

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine de Paris et de la province;

2° Les *Archives générales de médecine;*

3° Le *Bulletin de la Société de chirurgie*, décembre 1877 ;

4° *The Practitioner*, le *Medicinisch chirurgische Rundschau*, la *Lancette belge*, la *Gazette de santé militaire*, de Madrid, *The British Medical Journal;*

5° Une observation de genu valgum chez un jeune homme de 17 ans, par M. Delaunay (M. Verneuil, rapporteur) ;

6° Une note de M. Boens, de Charleroi, sur un nouveau forceps avec une troisième branche mobile destinée à faire exercer les tractions par un aide dans les cas d'accouchements laborieux. (Commission : MM. Garnier, Gueniot; Polaillon, rapporteur.)

M. Giraud-Teulon présente à la Société, au nom de M. le Dr Gillet de Grandmont, un nouvel ophthalmoscope à réfraction, dans lequel le mouvement de rotation de succession des verres est remplacé par un mouvement suivant la verticale.

Lecture.

M. SURMAY, de Ham, membre correspondant, communique une observation de luxation de la symphyse pubienne.

Madame G..., jardinière, âgée de 45 à 48 ans, était, le 16 août 1876, occupée à décharger une voiture de légumes. Elle était derrière la voiture, à droite. Un des grands et lourds paniers qui étaient sur la voiture vint à tomber; pour éviter le choc, elle se jeta en arrière, mais le panier la rencontra, elle fut renversée et tomba sur le dos et en travers de la direction de la voiture; au mêment moment le cheval recula et la roue de droite passa sur le plan antérieur du bassin de madame G..., de gauche à droite. La voiture pesait environ 2,000 kilogrammes. On releva la blessée, on la plaça sur un matelas dans une voiture et on la ramena chez elle à 10 kilomètres de l'endroit où l'accident avait eu lieu. Je la vis alors six heures environ après l'accident et voici ce que je constatai:

La malade est couchée sur le dos. Les deux membres inférieurs sont étendus l'un à côté de l'autre sans la moindre déviation ni déformation. Il n'y a aucune trace de contusion ni de plaie si ce n'est sur la face interne et supérieure de l'avant-bras droit où l'on voit une ecchymose avec une excoriation très-superficielle, la malade n'accuse aucune souffrance spontanée, seulement de la fatigue. Elle peut lentement fléchir les deux cuisses sur le bassin et les deux jambes sur les cuisses, mais en traînant les talons, qu'il lui est impossible d'élever au-dessus du plan sur lequel ils reposent. Ces mouvements s'exécutent plus difficilement à gauche qu'à droite et s'accompagnent, à gauche, d'une douleur à la région pubienne et au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche. Alternativement j'imprime aux membres inférieurs tous les mouvements et je constate ainsi, d'une manière certaine, qu'ils ne sont le siége d'aucune fracture, ni d'aucune luxation. Mais à droite et à gauche, je perçois à deux reprises, dans ces manœuvres, une crépitation sourde et profonde et dont le siége paraît être dans la région pelvienne antérieure.

J'explore alors attentivement cette région pelvienne antérieure. Je constate tout d'abord au niveau de la symphyse pubienne un enfoncement, comme un sillon qui séparerait les deux pubis l'un de l'autre, et ce sillon paraît avoir environ un demi-centimètre de largeur; il paraît aussi ne pas occuper precisément la ligne médiane mais en être un peu à gauche. En poursuivant mon exploration, je reconnais très-bien la branche horizontale du pubis droit. Je la suis jusqu'à la symphyse et là je sens que mes doigts font un petit ressaut et tombent dans un creux; au delà de ce creux, à gauche, j'arrive difficilement à sentir la branche horizontale du pubis gauche et, en faisant cette recherche, je perçois tout à coup un mouvement accompagné d'une crépitation sourde et épaisse, si je puis ainsi dire. Je suis la branche horizontale du pubis gauche et la pression n'y détermine pas de douleur particulière, mais, au niveau du creux signalé tout à l'heure, la douleur est assez vive.

Je pratique alors le toucher vaginal, je suis très-facilement la branche verticale du pubis droit jusqu'à la symphyse. Là mon doigt rencontre un hiatus dirigé d'avant en arrière et de haut en bas, dans le sens de la symphyse pubienne, et dans lequel il se loge tout entier en causant une vive douleur. Je sens très-distinctement les parois qui limitent, à droite et à gauche, cet hiatus. Celle de droite est lisse ; mais celle de gauche présente une surface un peu rugueuse, mais à saillies très-légères et mousses. Le bord inférieur de cette paroi laisse sentir une pointe mousse et ce bord est plus bas que le bord correspondant de l'autre paroi. Il semble que le pubis de ce côté soit détaché de son congénère et abaissé au-dessous du niveau de celui-ci, et cela concorde avec la sensation d'abaissement perçue par l'exploration de la branche horizontale du pubis gauche. Je saisis entre l'index introduit dans le vagin et le pouce laissé au dehors les deux pubis l'un après l'autre, et je constate que ces os jouissent d'une certaine mobilité qui ne me paraît pas plus accusée d'un côté que de l'autre. Je suis avec attention à droite et à gauche, les branches pubiennes et je ne trouve aucun point douloureux à la pression, ni aucune aspérité. Les mouvements imprimés aux branches tenues, eomme je viens de le dire, ne déterminent aucune crépitation. Je n'ai pas perçu de plaie vaginale et n'ai ramené avec le doigt aucune trace de sang, mais la malade me dit que le médecin qui l'a touchée au moment même de l'accident en a ramené un peu.

Pendant que je faisais exécuter divers mouvements aux membres inférieurs, madame G... s'était plainte d'une douleur à la partie postérieure de la fesse gauche pendant la flexion de la cuisse de ce côté. Je porte la main sur cette région et je constate que la pression au niveau même de l'artieulation sacro-iliaque gauche détermine une douleur ; il n'y a d'ailleurs aucune déformation. La pression de la région correspondante à droite est absolument indolore.

Interrogée sur ce point, la malade déclare n'avoir pas uriné de sang.

Je pense qu'il ne peut y avoir aucun doute sur l'existence d'une luxation pubienne. La roue de la voiture, en passant sur la branche horizontale du pubis gauche, l'a enfoncée et eomplétement séparée du pubis droit. Le cartilage inter-articulaire paraît être resté adhérent au pubis droit, dont la surface articulaire est lisse tandis que celle du pubis gauche est un peu âpre et, de plus, portée à gauche de la ligne médiane. Mais ce déplacement n'a pu se faire qu'à la faveur de la distension ou de la disjonction d'une autre articulation et cette articulation paraît être la sacro-iliaque gauche.

Pour tout appareil, j'applique autour du bassin une eeinture fortement serrée et j'attache ensemble les deux genoux. La malade a ordre de rester immobile sur le dos. Cela fait, j'explore de nouveau par le vagin et je constate qu'il s'est fait un rapprochement entre les deux parois de l'hiatus pubien ; mais ce rapprochement ne va pas jusqu'au contact.

17 *août*.— La malade est bien. Elle a le ventre un peu endolori et les mouvements de la respiration retentissent un peu douloureusement dans l'hypogastre et dans la partie postérieure de la fesse gauche. Très-

légère accélération du pouls. Il y a eu une selle dure sans difficulté, bien qu'elle ait nécessité des efforts. La malade a uriné cinq ou six fois pendant la nuit, la miction a été accompagnée de quelques légers picotements, mais il ne s'est pas écoulé de sang avec l'urine.

19 *août*. — Bien. Application d'une ceinture solide en treillis, doublée de basane et matelassée avec trois courroies de cuir qui se bouclent en avant. De chaque côté sont deux anneaux dans lesquels passe une anse de cordeau solide. Ces deux anses sont relevées et réunies par un troisième cordeau qui passe sur une petite poulie fixée au plafond. Au moyen de ce système, en tirant sur le cordeau qui se réfléchit sur la poulie, on peut soulever la malade tout d'une pièce, pour lui passer le bassin ou renouveler son linge. C'est après l'avoir soulevée de cette façon que je constate une ecchymose noire qui occupe toute la lèvre gauche et s'étend dans le pli vulvo-fessier jusqu'à l'anus.

Les deux pubis paraissent être bien en place.

14 *septembre*, un mois après l'accident. — Il ne s'est passé rien de particulier depuis l'application de l'appareil. Il y a huit jours, la malade ne pouvait pas encore lever ses talons, à jambe tendue ; aujourd'hui elle le peut et elle peut même les élever tous les deux ensemble. L'exploration extérieure et le toucher vaginal permettent de constater que tout est parfaitement en place. Le doigt introduit dans le vagin ne perçoit plus cet hiatus dans lequel il pénétrait, il y a un mois. Je sens seulement que le bord inférieur de la portion articulaire du pubis gauche dépasse un peu, mais extrêmement peu, le bord correspondant du pubis droit, et je sens encore un peu la pointe mousse du bord inférieur de la portion articulaire du pubis gauche. La pression au niveau de l'articulation est douloureuse et il n'y a de douleur qu'en ce point. Nulle saillie, nulle rugosité tout le long des branches horizontales et verticales des pubis.

23 *septembre*. — Madame G... se lève et peut se tenir sur ses jambes et faire quelques pas.

Madame G... a parfaitement guéri ; mais elle est restée longtemps peu solide sur les hanches et se plaignant d'un certain endolorissement du bas des reins à gauche.

La Société jugera peut-être qu'à cause de sa rareté et de la bénignité singulière qu'il a présentée, ce fait n'est pas indigne d'être enregistré, et c'est à ce double titre que j'ai l'honneur de le porter à la connaissance de mes savants collègues.

Les luxations de la symphyse pubienne paraissent être peu communes. Malgaigne n'en rapporte que quatre cas et l'article de M. Courty dans le *Dictionnaire encyclopédique* n'en cite pas d'autre.

Dans trois de ces cas la violence extérieure a agi en écartant les pubis. Dans le quatrième, la cause fut une chute sur le derrière, mais de façon que la partie postérieure de la crête iliaque porta davantage que les autres parties. Dans le fait qui m'est propre, c'est par un mécanisme analogue que la dislocation s'est produite, seulement la force a agi directement et de haut en bas sur le pubis gauche qu'elle a abaissé, au

lieu de porter de bas en haut sur l'os iliaque et de déterminer ainsi sur le pubis un mouvement de bascule en bas.

Dans tous les cas rapportés par Malgaigne la luxation fut accompagnée de grands désordres, et dans trois la mort fut instantanée ou suivit de près l'accident. Le quatrième malade guérit facilement dans le délai de trente jours, bien que la luxation fût compliquée d'une déchirure du périnée, d'une hernie instantanée, et qu'il y eût entre les pubis un écartement capable de recevoir la main. On peut constater dans ce cas que le fibro-cartilage était resté adhérent au pubis droit. Dans un fait de luxation double observé par Malgaigne et dans deux autres appartenant à Baker et à M. J. Cloquet le fibro-cartilage était aussi resté attaché tout entier à l'un des pubis. C'est ce qui m'a paru exister également dans le fait dont je viens de donner la relation. Il semblerait donc que cela serait le cas le plus ordinaire.

Dans celui des faits rapportés par Malgaigne qui fut suivi de guérison on remarqua, comme dans le mien, une vive douleur au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche.

D'après tout ce qui précède, les signes de la luxation de la symphyse pubienne seraient donc les suivants : impossibilité de soulever les talons à jambe tendue, douleur au niveau de la symphyse pubienne et au niveau d'une ou des deux articulations sacro-iliaques, écartement plus ou moins grand entre les deux parois de la symphyse appréciable par l'exploration extérieure ou par le toucher vaginal chez la femme, ecchymose plus ou moins étendue sur le périnée, sur le pli périnéo-fessier, sur l'une des grandes lèvres chez la femme, quelquefois mobilité des pubis et crépitation sourde.

Quand la luxation ne serait pas compliquée de graves désordres, la guérison s'obtiendrait facilement par le rapprochement des pubis, au moyen d'une ceinture, et la durée du traitement pourrait ne pas dépasser 30 ou 50 jours.

Discussion.

M. Le Dentu. J'observe dans ce moment un cas analogue. Il s'agit d'un enfant de 14 ans qui a subi, au niveau du bassin, une forte pression par le fait d'une machine à raboter. L'écartement des deux pubis est très-prononcé, on peut introduire facilement l'index, mais le cartilage paraît adhérer à l'os pubis droit : j'ai pu presser au niveau de la symphyse sano-iliaque droite sans déterminer de douleur. Je n'ai observé du reste ni déchirure de l'urèthre, ni hématurie ; j'ajouterai qu'il y a impossibilité absolue pour le blessé de soulever les membres inférieurs.

Ce malade a présenté un ensemble de symptômes très-particulier du côté de la partie sus-ombilicale du corps ; il y a eu sans doute sous l'influence de la pression une augmentation de la tension circulatoire qui s'est manifestée par des hémorrhagies na-

sales, auriculaire, sous-conjonctivales et un purpura traumatique de toute la face avec cyanose. Il n'y avait, du reste, aucune trace de traumatisme du côté du crâno, qui pût expliquer ces hémorrhagies liées, selon moi, à l'exagération de la tension sanguine.

Je me suis borné, pour le traitement, à entourer les deux jambes et le bassin avec des circulaires de caoutchouc ; le malade est guéri et marchera incessamment.

Communications.

Pathogénie des épanchements du genou dans les fractures de cuisse,

par M. Lannelongue.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous communiquer une observation de clinique et d'anatomie pathologique de fracture de cuisse. Elle contribuera à élucider cette question encore obscure de la cause des épanchements du genou dans les fractures de cuisse. Vous savez où en est la question : D'après M. Berger, qui a fait dernièrement le travail le plus complet sur ce sujet, toute fracture de la diaphyse du fémur s'accompagne, si elle est complète, d'épanchement articulaire. Cette conclusion est très-absolue, comme vous le voyez. Aussi n'est-elle pas admise par la plupart des chirurgiens, qui pensent que M. Berger s'est peut-être un peu hâté de la généraliser.

M. Hennequin, dans son excellent ouvrage sur les fractures de cuisse, a consacré un long article à cette question, et il cite des faits probants où l'épanchement n'a pas existé. Quoi qu'il en soit, par sa fréquence, cet épanchement peut, à bon droit, être considéré comme un signe des fractures de la diaphyse fémorale.

La cause de cet épanchement a été expliquée de plusieurs manières. L'irritation de voisinage pour *les fractures du quart inférieur, l'immobilité*, la gêne apportée à la circulation en retard de la synoviale par la rupture des veines périostiques et diploïques, invoquées tout d'abord, ont été bientôt rejetées. Deux théories sont restées en présence, et je crois aujourd'hui que chacune d'elles s'applique à une catégorie déterminée de faits. Je suis d'autant plus heureux de rendre cet hommage à ces deux opinions, que j'ai, pendant plusieurs années, soutenu exclusivement l'une d'elles, la croyant seule vraie.

La première de ces théories est celle de MM. Gosselin et Berger ; d'après eux, l'épanchement du genou est le résultat de la transsudation à travers la membrane synoviale de la partie séreuse

du sang épanché dans les tissus. Deux observations suivies d'autopsies et un certain nombre d'expériences sur des animaux, telles sont les preuves positives en faveur de leur opinion. C'est une preuve de plus que je viens donner aujourd'hui en vous communiquant une autopsie de fracture placée à l'union du 1/3 moyen avec le 1/3 inférieur du fémur, chez un enfant mort 8 jours après sa fracture. La démonstration est rigoureuse, car l'articulation du genou, examinée avec le plus grand soin, ne possédait aucune trace de déchirure. Le liquide qu'elle contenait était foncé en couleur, abondant et peu épais ; examiné au microscope, il renferme beaucoup de globules rouges du sang, les uns normaux, les autres déformés. Or, une partie de la surface externe de la synoviale était environnée d'une couche sanguine prise en caillot noir lamellé. Il y a donc eu passage des éléments rouges en même temps que la transsudation séreuse s'est effectuée ; cette diapedèse est à la fois un fait significatif et important. D'autre part, la synoviale présentait un léger degré de vascularisation et le liquide renfermait en même temps que des globules rouges, un certain nombre de globules blancs et de cellules épithéliales altérées ; il y a donc eu, en même temps, un certain degré d'arthrite. Mais quelle a été la cause de cette arthrite ? Est-ce la présence du liquide sanguin qui l'a provoquée ? M. Berger n'hésiterait pas à vous répondre oui, certainement oui. Je suis et je reste, sur ce point, encore un peu incrédule.

Les détails de l'autopsie prouvent que les délabrements ont été considérables autour de la fracture et à une certaine distance d'elle. Une infiltration sanguine considérable au milieu des fibres musculaires et arrivant sous l'aponévrose jusqu'au devant de la rotule, des foyers sanguins multiples isolés jusque dans les muscles de la partie supérieure de la cuisse, de nombreuses déchirures musculaires profondes, prouvent la violence du traumatisme. Cette violence m'avait frappé le premier jour où j'ai examiné l'enfant ; l'engorgement des parties molles était très-marqué et porté au point que je n'ai pu reconnaître le rapport exact des deux fragments. Dans ces circonstances n'y a-t-il pas eu contre-coup; n'est-on pas fondé à faire jouer un rôle à un ébranlement articulaire, à une entorse, en un mot, du genou qui, en provoquant l'arthrite existante, a été aussi la cause de l'épanchement articulaire ?

Une circonstance nouvelle appuie mon dire, il y avait aussi une infiltration sanguine sur une partie de la capsule fibreuse de l'articulation coxo-fémorale, et là il n'y avait pas d'épanchement, le manchon fibreux n'avait pas permis la transsudation.

En résumé, ce fait constate une fois de plus le passage des éléments solides du sang à travers la synoviale du genou. Mais il

n'infirme pas, autant qu'on pourrait le croire tout d'abord, l'opinion, à mon avis très-plausible, que l'épanchement est le résultat indirect du traumatisme. On le voit, la seconde théorie que je signalais et que professe aussi M. Verneuil, celle du traumatisme indirect, n'est pas sans trouver quelques garanties dans ce fait en apparence défavorable.

Bidard (Sophie), âgée de 4 ans, est entré le 3 décembre 1877, dans mon service à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Sainte-Eugénie, n° 24; morte le 10 décembre suivant.

La veille de son entrée, cette enfant était debout sur une table assez haute, lorsqu'elle fit une chute assez violente sur un parquet. Portée à l'hôpital, je constatai le lendemain un engorgement considérable de la cuisse gauche. Dans cet engorgement, l'examen fit reconnaître immédiatement une fracture à l'union du 1/3 supérieur avec les 2/3 inférieurs. Il y avait en même temps un épanchement assez notable dans le genou du côté affecté. L'enfant ne portait aucune trace de contusion sur ce genou. Elle est placée dans un appareil de Scultet, renouvelé depuis tous les deux jours. L'épanchement a toujours persisté, augmentant d'abord, diminuant un peu ensuite. Le 7 décembre, l'enfant est prise de diphthérite et succombe 3 jours après cette complication, le 10 décembre.

Autopsie. — *Genou.* — Dans la cavité articulaire, liquide synovial filant, plus foncé que celui de la synoviale, probablement coloré par du sang. Les cartilages du fémur sont blancs, avec leur aspect hyalin et leur élasticité conservée. Dans les culs-de-sac, il existe une vascularisation très-fine qui empiète de 2 à 4 millimètres sur la surface du cartilage et cesse au point où a lieu la pression des cartilages entre eux. En outre, la coloration est très-jaunâtre, plus que d'habitude, et dans le cul-de-sac sus-rotulien, on voit de petits vaisseaux à la surface du cartilage. Autour du genou, sous la peau, en avant de la rotule, existe un épanchement sanguin et infiltration sanguine étendue en nappe. Cette infiltration se continue sous l'aponévrose fémorale jusque dans l'intérieur du muscle triceps, au milieu des fibres musculaires de ce muscle, et se prolonge sous la face profonde du triceps, au niveau des culs-de-sac sous-rotuliens et immédiatement au-dessous de la rotule. Il existe aussi une couche sanguine immédiatement à la face externe de la synoviale, et l'on comprend très-bien que la sérosité du sang s'engage dans la synoviale, et descende ainsi dans cette synoviale. C'est même à cela qu'est due la coloration du liquide de la cavité du genou, et elle peut être aussi la cause du léger degré qu'on remarque.

Hanche. — Dans le psoas quelques foyers sanguins; sous ce muscle, sur la capsule fibreuse, une couche sanguine couvre la partie inférieure de la face antérieure de la capsule. Pas d'épanchement dans l'articulation, qui est sèche; pas de vascularisation. Dans les muscles qui environnent le fémur, on trouve des infiltrations sanguines nombreuses. A côté de ce noyau hémorrhagique, une sérosité jaunâtre infiltre les

espaces musculaires. Au niveau de la fracture, le périoste commence à s'épaissir et se perd dans une gangue fibreuse d'un demi-centimètre au moins. Cette gangue fibreuse est dure, criante à la coupe comme du tissu fibreux dense ; coloration rougeâtre foncée, avec des stries. Cette gangue entoure les deux extrémités des fragments, surtout en avant. C'est elle qui est la première virole du cal, molle encore, mais cependant assez ferme. Au centre se trouvent les deux fragments libres de toute adhérence. Dans la cavité, le fragment inférieur, mobile, présente une fracture en V très-oblique avec un biseau taillé aux dépens de la face interne et se terminant en pointe.

Dans la cavité se trouve une substance rougeâtre ressemblant à des fausses membranes à la surface et recouvrant la moelle, qui a une coloration noirâtre et est assez résistante. Le fragment supérieur est taillé en pointe qui s'engage dans la queue du V, et on trouve des fausses membranes entrant dans la moelle qui est rouge noir, comme charnue. L'ostéite du fragment inférieur est caractérisée par des trous nombreux remplis par une substance rouge. Quand, avec un scalpel, on enlève l'os qui les recouvre, on tombe sur de petites cavités pleines de substance rouge. Cette ostéite se manifeste aussi au fragment supérieur. Au delà de la fracture, on constate un état grenu où l'inflammation est moins vive. En même temps les muscles sont adhérents au point épaissi du périoste, pâles, et n'ont plus l'aspect fasciculé.

Examen microscopique fait au laboratoire de M. Granger par M. Balzer. — On trouve dans le liquide un grand nombre d'éléments figurés et principalement des globules rouges. Quelques-uns sont normaux, mais la plupart sont déformés, crénelés, en voie de destruction. Il y a, en outre, un certain nombre de globules blancs, très-granuleux.

Enfin, on aperçoit beaucoup de cellules parimateuses plus ou moins volumineuses : quelques-unes sont saines, mais la grande majorité présente un protoplasma rempli de granulations graisseuses très-réfringentes. Tantôt le noyau est intact, tantôt il a disparu et la cellule ne semble plus formée que par les granulations réfringentes unies par une matière amorphe.

Discussion.

M. Verneuil. Je me suis toujours montré très-réfractaire à la théorie de MM. Gosselin et Berger.

J'ai constaté cette hydarthrose et j'en fais un signe précieux dans des cas douteux de fracture de cuisse. J'avais remarqué que parfois la fracture était située assez haut sur le fémur et de plus qu'aucun épanchement sanguin appréciable n'existait au niveau de la solution de continuité, je m'imaginais plus aisément que par le fait du traumatisme l'articulation avait pu être violentée et un épanchement articulaire se développer.

J'ai objecté de plus que l'explication proposée pour la cuisse ne

rendait pas compte de l'hydarthrose qui survient dans les fractures de jambe.

Enfin, j'ai cru observer que l'épanchement est plus fréquent dans les cas où la fracture succède à une chute que lorsqu'elle est le résultat d'un écrasement.

En résumé cet épanchement est un fait exact d'observation mais il n'existe, pour moi, que lorsque les os ont été fortement contus.

M. Desprès. Je partage les hydarthroses en deux groupes, suivant qu'elles surviennent le même jour ou quelques jours après l'accident. Dans le premier cas, l'épanchement est une dépendance directe du traumatisme; dans le deuxième cas, j'adopte la théorie de MM. Gosselin et Berger : l'hydarthrose ne survient que le 5e ou 6e jour en même temps qu'un œdème du membre.

M. Nicaise. Je tiens à revenir sur l'observation de M. Lannelongue qui me paraît un peu complexe et ne semble pas faite pour élucider la question. Je crois dans ce cas à des lésions du côté de la hanche et du genou et je préférerais un cas de fracture par cause directe sans entorse du genou et de la hanche, un cas de fracture par un coup de feu, par exemple, dans lequel il n'y a aucune contusion.

Relativement à la filtration des globules à travers la synoviale il est permis de croire à une déchirure ou à un froissement de cette membrane, l'explication me paraîtrait plus plausible.

Je relèverai enfin l'expression employée par M. Lannelongue, de fausse membrane au niveau du cal : notre collègue a voulu dire, sans doute, membrane néoplasique : c'est le tissu normal de la formation du cal.

M. Marjolin. J'apprécie plus que personne l'importance du signe indiqué par M. Berger, importance réelle surtout dans ces cas de fractures sous-périostées si fréquentes chez les enfants. Un de mes internes à Sainte-Eugénie, M. Coulon, avait déjà noté ce signe que j'avais observé avec soin dans le but de me rendre compte de la cause de la gêne du mouvement à la suite des fractures du fémur; j'avais noté qu'au bout des 20 jours nécessaires pour consolider le fémur chez un enfant, il y avait déjà une raideur marquée, j'avais cherché le rapport qui pouvait exister entre l'épanchement synovial et la difficulté des mouvements. Cet épanchement peut être causé quelquefois par une entorse, mais il y a presque constamment épanchement chez les enfants, de là vient l'importance de ce signe.

M. Lannelongue. Je dirai comme M. Verneuil, que la théorie de MM. Gosselin et Berger est impuissante lorsqu'il n'y a pas d'épanchement sanguin appréciable, mais j'ai voulu établir que leur

explication n'était pas une explication en l'air et qu'elle reposait sur des expériences positives. M. Nicaise m'a demandé s'il n'y avait pas de déchirure de la synoviale : il n'y en avait certainement pas. M. Desprès distingue deux espèces d'épanchements, il y en a une troisième qu'il n'a pas signalée, ce sont les hydarthroses suite d'immobilisation prolongée qui se développent vers la fin de la première semaine et ont été déterminées expérimentalement. Mais il ne faut pas parler des épanchements tardifs, il faut s'occuper des hydarthroses primitives immédiates, celles qu'ont étudiées MM. Gosselin et Berger. Leur explication répond à la majorité des cas, mais dans quelques faits, ceux de fractures de jambes, lorsqu'il y a une entorse cette doctrine n'est pas admissible. M. Marjolin a soulevé la question historique ; je dirai que selon moi, c'est Malgaigne qui a observé les épanchements qui surviennent dans les cas de fractures de la partie inférieure du fémur, mais pour les faits d'épanchement, coïncidant avec une fracture du corps de l'os, c'est à l'hôpital Sainte-Eugénie qu'ils ont été observés par MM. Marjolin et Coulon qui les ont constatés 24 ou 48 heures après la production de la fracture.

M. Desprès. Quant à moi, je crois que hors les cas d'entorse du genou, les cas d'hydarthrose qui succèdent aux fractures de cuisse tiennent à un trouble circulatoire, et je les rapproche de celles qui succèdent à l'immobilisation prolongée.

M. Lannelongue. Je répondrai à M. Desprès que les épanchements à la suite d'immobilisation sont constitués par un liquide séreux ; dans les autres, au contraire, par la rencontre des globules sanguins : c'est ce que démontre l'examen microscopique pratiqué dans le fait que je signale.

Rapports.

Rapport sur le mémoire présenté au concours du prix Laborie.

Commission : MM. Blot, Tillaux, Duplay, Horteloup, et Polaillon, *rapporteur.*

Messieurs,

La *gastrostomie* ou l'étude de l'opération par laquelle on établit à travers les parois de l'abdomen et de l'estomac une ouverture qui permette d'alimenter les malades qu'un rétrécissement de l'œsophage ou du cardia condamne à mourir de faim, tel est le sujet du travail présenté au concours pour le prix Laborie.

Dans un historique excellent, l'auteur établit que cette opération

a été étudiée pour la première fois, en 1837, par un chirurgien militaire norwégien nommé Egebert. En 1841, notre compatriote Blondot l'exécuta avec succès chez le chien, et huit années plus tard M. Sédillot la pratiqua chez l'homme. L'opéré mourut. Une seconde tentative faite par le même chirurgien fut encore suivie de la mort du patient.

Ces deux insuccès survenant au début d'une opération auraient pu empêcher de l'entreprendre encore. Mais il n'en fut rien. Beaucoup de bons esprits pensèrent que dans les cas où les aliments ne peuvent plus arriver jusqu'à l'estomac, il y a quelque chose de mieux à faire que de donner des lavements de bouillon et de laisser périr son malade d'inanition. Depuis les deux opérations de M. Sédillot, on a pratiqué 33 fois la gastrostomie pour des rétrécissements de l'œsophage. L'auteur a analysé avec un soin extrême, et par ordre chronologique toutes ces opérations. Il a trouvé que sur un total de 35 gastrostomies, la mort a eu lieu 30 fois, deux cas (ceux de Sydney Jones et de Lannelongue, de Bordeaux) peuvent être considérés comme un succès opératoire; *trois fois* seulement les opérés guérirent, ce sont ceux de M. Verneuil, de Schönborn et de Trendlenburg.

Six décès pour sept opérations est une mortalité trop frappante pour que l'auteur n'en ait pas recherché les causes. Toutes les fois, dit-il, que la gastrostomie a été mise en œuvre, ce n'a été qu'à la dernière extrémité et après avoir reconnu l'impuissance ou l'impossibilité du cathétérisme œsophagien. Tous les malades étaient parvenus à la dernière période du marasme. Aussi n'est-il pas étonnant que dans la plupart des cas la mort ait suivi de près l'opération. Il est même arrivé dans certain cas que, l'opération ayant été un peu retardée par une raison quelconque, les malades sont morts d'épuisement. La principale cause de la mortalité est donc l'état d'épuisement dans lequel se trouvaient les opérés. Si l'on ajoute à cela l'influence funeste de lésions viscérales ou inflammatoires très-avancées, et dans plusieurs cas l'imperfection du procédé opératoire, on aura l'explication des revers si nombreux de la gastrostomie. Pourtant il est remarquable que la péritonite n'a été observée que 9 fois après les 35 opérations et qu'elle ne peut être imputée à l'opération elle-même que dans 2 cas.

Le chapitre des indications contient de sages préceptes. La conduite du chirurgien devra différer suivant la nature du rétrécissement. Dans le cas d'un rétrécissement cancéreux qui s'étend au-dessus du bord supérieur du thorax, il faut opérer dès que la déglutition des liquides tend à devenir impossible. Dans le cas d'un rétrécissement cicatriciel, il faut opérer *seulement* lorsque l'obstacle siége au-dessous de la portion cervicale de l'œsophage, qu'il

est infranchissable et qu'on ne peut par conséquent songer ni à la dilatation ni à l'œsophagotomie interne. Dans le premier cas, il ne faut pas attendre que le rétrécissement soit infranchissable, parce que les tentatives répétées de cathétérisme et de dilatation d'un cancer de l'œsophage sont infructueuses et nuisibles. Dans le second cas, on peut épuiser sans nuire au malade, toutes les ressources du cathétérisme et de la dilatation, et n'opérer que lorsque le rétrécissement est devenu infranchissable. Mais dans tous les cas, pour mettre de son côté quelques chances de succès, il ne faut pas attendre que l'inanition prolongée ait épuisé les forces du sujet.

La phlegmasie pulmonaire qui complique si souvent le cancer de l'œsophage est une contradiction formelle de l'opération.

Lorsqu'il s'agit d'un rétrécissement cancéreux, la gastrostomie n'est évidemment qu'une ressource palliative ; mais elle peut prolonger l'existence et la rendre plus supportable. Au contraire, dans le cas d'un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, elle donne le moyen de conserver la vie, peut-être de guérir le rétrécissement ; car, selon la judicieuse remarque du candidat, un retrécissement qui est infranchissable de haut en bas par la voie pharyngienne peut se laisser traverser par une sonde poussée de bas en haut par la bouche stomacale et le cardia.

La gastrostomie est donc une opération utile, qui doit prendre place dans la chirurgie et qu'on doit apprendre à pratiquer.

Or, il faut le reconnaître, depuis les débuts de la gastrostomie, en 1849, jusqu'à ces dernières années, nous n'avions pas de règles fixes pour nous guider dans l'exécution de cette opération.

En 1876, M. Labbé établit que pour arriver sur la face antérieure de l'estomac il faut faire l'incision à 1 centimètre en dedans des fausses côtes gauches, parallèlement à celles-ci, et ne pas la prolonger au-dessous d'une ligne transversale passant par les cartilages des deux neuvièmes côtes.

M. Labbé ne se proposait que d'ouvrir l'estomac pour en extraire un corps étranger (une fourchette), mais il indiqua formellement que cette incision pouvait s'appliquer à la gastrostomie.

Le 26 juillet de la même année, M. Verneuil utilisa cette dernière pour faire une gastrostomie qui fut couronnée d'un plein succès. Le candidat recommande le procédé suivi par M. Verneuil comme le meilleur de tous ceux qui ont été employés avant lui.

Nous sommes complétement de son avis, et nous pensons qu'il est utile de rappeler ici les temps qui le composent et les précautions qui le font réussir :

1[er] *temps.* — Incision petite de 5 centimètres seulement, faite au lieu d'élection fixé par M. Labbé. Pendant l'incision de la paroi

abdominale, hémostase complète au fur et à mesure de l'ouverture des vaisseaux.

2e *temps*. — Suture solide et définitive de l'estomac à la plaie pariétale avant d'ouvrir ce viscère.

3e *temps*. — Incision de l'estomac dans l'étendue d'un centimètre et hémostase des vaisseaux coupés soit par la ligature, soit par l'application de pinces à forcipressure.

4e *temps*. — Introduction dans l'estomac et fixation d'une sonde en caoutchouc rouge, flexible.

Les précautions particulières qui contribuent puissamment au succès de l'opération sont : la méthode antiseptique pendant l'opération et pendant le pansement, l'immobilisation de la paroi abdominale à l'aide d'une épaisse couche de collodion et l'alimentation immédiate du malade.

Messieurs, le travail que nous venons d'analyser est la monographie la plus complète que nous possédions sur ce sujet. Il a coûté des recherches nombreuses et patientes. Il est enrichi d'une bibliographie très-courte et de plusieurs dessins. Il est écrit avec un sens critique très-juste.

La commission se plaît à reconnaître le mérite du mémoire qui a été adressé pour le prix Laborie ; mais elle regrette qu'il n'ait point de concurrent. La qualité est sans doute préférable à la quantité.

Cependant, il serait désirable que les candidats montrassent plus d'empressement à envoyer des travaux pour nos concours.

Rapports pour trois nominations au titre de correspondants étrangers,
par M. GIRAUD-TEULON.

Messieurs,

La liste de nos correspondants étrangers offre aujourd'hui quatre vacances. Le dossier des candidatures aux élections à intervenir et qui nous a été remis par votre bureau est des moins pourvus, non-seulement de travaux présentés, mais même en noms de prétendants aux titres vacants.

Dans cette occurrence, après en avoir délibéré, votre commission s'est arrêtée aux trois noms suivants qui vous sont tous connus comme dignes, à titres divers, de notre considération et comme devant contribuer à celle de notre compagnie. Le rappel sommaire de ces titres justifiera, nous n'en doutons pas, à vos yeux les propositions qui termineront ce rapport.

Le premier, comme ancienneté tout au moins, est l'illustre représentant de la célèbre et ancienne Ecole ophthalmologique de

Vienne, le professeur Arlt, dont les nombreux et constants travaux forment le trait d'union entre les doctrines traditionnelles transmises par Poler et le vieux Sæger et le mouvement moderne. Egalement maître dans la théorie et la pratique, aussi ferme classique que novateur fervent, M. Arlt résume en lui, et au même degré de puissance, l'enseignement du passé et les richesses acquises en ces vingt-cinq dernières années.

Toutes les découvertes chirurgicales qui font l'honneur de l'époque actuelle ont dû, pour conquérir le droit de cité scientifique, subir l'épreuve de sa clinique respectée pour en sortir désormais accréditées par son attache.

Travailleur fécond et sans défaillances, M. Arlt est, avec M. Domders et notre regretté de Graëfe, l'un des trois fondateurs et constants directeurs de ces célèbres Archives d'ophthalmologie desquelles ont émergé les premières assises de la science moderne. Tous les points délicats de l'anatomie, tant descriptive qu'histologique de la région oculaire, lui doivent de consciencieuses et savantes études, fixant soit la science, soit la pratique.

Parmi elles, la seule découverte des fibres circulaires du muscle ciliaire lui assurerait notre reconnaissance.

Enfin, si la maxime inscrite au frontispice de notre constitution : « Vérité dans la science — moralité dans l'art », a quelque part une représentation vivante, c'est assurément dans l'homme universellement honoré que nous désignons à vos suffrages.

Nous vous signalerons en second lieu, M. Georges Callender, professeur de chirurgie et chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy, à Londres.

Praticien très-renommé, il a publié entre autres travaux très-connus une monographie sur la hernie fémorale ;

Tout récemment de nombreuses leçons sur l'emploi des antiseptiques en chirurgie ;

Le traitement des abcès par l'hyperdistension,

L'importance et les résultats de la propreté chirurgicale,

Leçons de clinique chirurgicale très-estimées.

La troisième indication fournie par votre commission portera sur un savant plus jeune que les précédents, mais ses travaux l'ont déjà classé dans votre estime, et dont plusieurs d'entre vous, messieurs, ont pu apprécier la valeur personnelle dans les luttes entre condisciples. M. Reverdin, de Genève, ancien interne des hôpitaux de Paris, s'est fait remarquer par des idés neuves et des travaux intéressants en chirurgie.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler à cet égard ses titres : les recherches patientes et multipliées sur les greffes épidermiques, apportées pour la première fois à cette tribune, pourront

bien un jour devenir une méthode classique de cicatrisation par deuxième intention, et se rattachent ainsi, par la pensée qui les a accumulées, à leur origine, au patronage de notre compagnie.

Nous rappellerons une thèse remarquée sur l'uréthrotomie interne, un mémoire sur l'anthrax de la face, un travail plus récent sur les fistules uréthrales.

A côté de ces éléments scientifiques, nous devons placer des titres d'une autre nature à votre attention. M. Reverdin est aujourd'hui, dans un pays voisin, représentant de la science et de l'enseignement français. Il a déjà conquis dans la Faculté nouvellement fondée à Genève une position éminente, et ceux de nos confrères qui ont été représenter notre pays au dernier Congrès médical international ont été à même de reconnaître la naissante autorité qu'il y a déjà acquise, et de bénéficier de son empressement à la mettre au service de l'hospitalité qu'ils y ont reçue dans cette contrée amie.

Nos suffrages en cette occasion pourront donc être en même temps et un acte d'estime scientifique et de reconnaissance nationale.

CONCLUSIONS.

En conséquence, nous proposons à la Société de décerner le titre de correspondants étrangers à :

M. le professeur Arlt, de Vienne ;

M. Georges Callender, professeur de chirurgie et chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy, à Londres ;

M. Reverdin, professeur à la Faculté de Genève, ancien interne des hôpitaux.

La Société se forme en comité secret à 1 h. 20 m.

Le secrétaire,
CRUVEILHIER.

Séance du 9 janvier 1878.

Présidence de M. Panas.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine de Paris et de la province.

2° Le *Centralblatt für Chirurgie ;*
Le *Commentario clinico di Pisa;*
La *Gazetta medica Italiana Lombardia;*
The British Medical Journal.

3° Du bégaiement et de son traitement physiologique, par M. le Dr Jules Godard.

4° Pratique de la chirurgie des voies urinaires, par le Dr Deleforge.

5° Une lettre de M. le Dr Debrou, membre correspondant de la Société de chirurgie, ainsi conçue :

Monsieur et très-honoré confrère.

Je vous annonce, avec regret, que je suis obligé, pour des raisons de santé, de vous demander de ne plus me compter au nombre des correspondants abonnés à vos travaux à partir de janvier 1878.

Je resterai toujours attaché de cœur aux travaux de cette savante et si utile compagnie ; ma santé, qui a beaucoup limité mes occupations professionnelles, s'oppose à ce que je continue d'y prendre part d'une manière active et suivie.

Veuillez, Monsieur le Secrétaire général, agréer mes sentiments de respectueuse considération.

Dr Debrou,
Ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Orléans (Loiret), 23 décembre 1877.

6° Une lettre du Dr Latapie, de Lourdes (Hautes-Pyrénées), accompagné d'une note sur l'aération des hôpitaux. — Procédé pour empêcher la diffusion des maladies contagieuses.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Verneuil. Dans la discussion qui a été soulevée par M. Lannelongue dans la dernière séance, au sujet de la nature de l'épanchement de l'articulation du genou consécutif aux fractures de cuisse, je disais que je n'acceptais pas la théorie de MM. Gosselin et Berger, qui faisait provenir le liquide d'un épanchement sanguin.

Je viens de voir une preuve directe du bien fondé de mes doutes. Il s'agissait d'un homme qui, à la suite de la rupture de l'artère fémorale, a présenté un énorme épanchement de sang enveloppant de toutes parts la synoviale et ayant persisté cinq semaines.

J'ai fait l'amputation et j'ai pu constater qu'aucun liquide n'avait transsudé à travers la membrane synoviale.

Élections.

1° Membres correspondants étrangers :

M. le Président annonce qu'on va procéder aux élections de trois places de correspondants étrangers.

A l'unanimité, MM. Arlt, Callender, Reverdin sont nommés membres correspondants étrangers.

2° Membres correspondants nationaux :

Le vote se termine par la nomination de MM. Vredenne, de Vincennes ; Poinsot, de Lyon ; Paquet, de Lille ; Roux, de Marseille. MM. Bœkhel, Bardy-Delisle, Ripoll, Mollière, Dezanneaux, Estievent, Beau de (Brest), Dauvergue, obtiennent les autres suffrages.

Commission des congés.

Elle est renommée par acclamation.

Discussion sur le trépan.

M. Desprès. Le lendemain de la bataille de Waterloo, S. Cooper trépana un soldat du 44e régiment d'infanterie anglais qui avait reçu une balle sur la région pariétale; il n'y avait pas de fracture apparente au point dénudé, mais il y avait une fracture esquilleuse de la table interne seule; le malade guérit. Moins de dix ans après, Cooper écrivait : Le trépan doit être réservé pour les cas rares où, non-seulement on peut établir qu'il y a compression du cerveau et le siége de la compression, mais encore où il y a des accidents graves et pressants qui ne peuvent être guéris par aucun autre moyen [1].

Que de mécomptes ont dû suivre un moment d'enthousiasme en face de ce fait heureux, et vous pouvez augurer des écrits de S. Cooper, du changement qui surviendra dans l'esprit de nos collègues qui débutent dans les hôpitaux et qui ont, prématurément, sur un fait heureux, bâti une théorie des indications du trépan.

Vers 1840, l'opinion des chirurgiens français a l'égard du trépan était faite. Les enseignements de Malgaigne avaient prévalu, les faits étaient contre le trépan, et Malgaigne avait présenté sous une forme saisissable les arguments qui contre-indiquaient le trépan. Je

[1] S. Cooper, *Dict. de chir.*, art. Trephine.

ne parlerai pas des épanchements sanguins arachnoïdiens, pour lesquels Abernethy et A. Cooper n'admettaient plus le trépan à la fin de leur vie. Mais Malgaigne avait bien établi que lorsque l'on trépanait pour des épanchements on ne retirait rien ou presque rien et que les symptômes graves persistaient et s'aggravaient souvent après les trépanations ; enfin que l'ouverture du foyer d'une fracture du crâne n'était pas de la saine chirurgie, et que souvent des lésions graves existaient en un autre point que celui où le trépan était raisonnablement appliqué. Malgaigne faisait allusion aux fractures de la voûte du crâne, avec propagation à la base et contre-coup[1].

Nélaton a parfaitement résumé ces contre-indications du trépan [2] et son langage à ce sujet est la sagesse même. Il n'excuse le trépan que pour les fractures du crâne largement ouvertes, et dans les cas où il y a des corps étrangers. Ouvrir, disait-il, le foyer d'une fracture, un épanchement sanguin, c'est s'exposer à une inflammation et à la chute de portions d'os, qui peut-être, auraient repris sans l'incision pratiquée sur la fracture.

Depuis 1848, époque à laquelle la Société de chirurgie commença à publier ses Bulletins, il n'y a pas de discussion sur le trépan. La France laisse l'Angleterre abuser du trépan et elle est suivie dans cette voie par l'Allemagne. Le trépan a reparu dans nos Bulletins avec une observation de M. Broca. Une discussion a suivi : M. Lefort à publié une statistique des trépanations en Angleterre. Enfin M. Lucas-Championnière a apporté une observation de trépanation suivie de succès, puis M. Terrillon a présenté une nouvelle observation de succès pour une lésion cérébrale tardive consécutive à une fracture du crâne. La majeure partie d'entre nous est néanmoins restée opposée à la trépanation. Les chirurgiens de nos armées sont partagés, et je puis dire de suite que pour une raison spécieuse quelques-uns d'entre eux sont disposés à trépaner. Dans les plaies de tête par balle avec fracture, on est séduit par l'envie d'extraire les corps étrangers et les esquilles que l'on voit plus ou moins, et l'on tente l'opération du trépan. Mais il ne faudrait pas s'y tromper, les fractures par balles ne sont pas comme celles que nous observons dans nos hôpitaux. Ces fractures ne sont pas accompagnées de contusion cérébrale étendue, de contre-coup, de fractures ailleurs, et cela est si vrai, que les fractures par cause directe sans grand ébranlement, que nous traitons par l'expectation, guérissent très-facilement seules dans nos hôpitaux. En 1867, M. Trélat a bien fait cette distinction.

[1] Malgaigne, De la théorie du traitement des plaies de tête, *Gaz. méd.*, 1836.
[2] Nelaton, *Path. chir.*, t. II, Fracture du crâne.

Il y a donc eu des statistiques et des observations. Je veux de suite couler à fond la question des statistiques. Les unes portent sur les faits anglais seuls, c'est la statistique de M. Lefort[1], et vous avez vu que les Anglais avaient obtenu dans leurs fractures du crâne traitées par le trépan de 1857 à 1866, 44 0/0 de guérison, soit 56 0/0 de morts. J'ai déjà attaqué cette statistique et j'ai montré que les Anglais trépanaient préventivement ; il y a des observations ainsi conçues : pas de symptômes (*no symptoms*), *trépan*. On trépane donc en Angleterre pour des cas où cela n'est pas nécessaire, les Anglais en sont au point ou en étaient autrefois les chirurgiens d'armée qui débridaient, quand même, toutes les plaies par arme à feu.

Une grande statistique a été faite en Allemagne par Bluhm[2]. Cette statistique porte sur 995 cas y compris ceux de M. Sedillot et des Américains: c'est sans contredit la plus complète. Mais l'auteur reconnaît que les cas qu'il a réunis ne représentent pas la statistique intégrale des cas de trépanation. Beaucoup d'insuccès ont été passés sous silence, et cela se conçoit, puisque chez nous, hier, des trépanations ont été faites dans nos hôpitaux, ont été suivies de mort et n'ont été publiées nulle part, tandis que les faits heureux de MM. Lucas-Championnière et Terrillon ont été immédiatement publiés.

La pratique des Anglais a été vue de près pendant la guerre de Crimée, et il est curieux de remarquer que leur trépanation a donné des résultats désastreux. M. Legouest l'a rappelé dans la discussion de 1867[3], et il fit une comparaison que je vais poursuivre. Nous avons perdu, disait-il, en Crimée, 73 0/0 de nos fractures du crâne, et nous ne trépanions pas ; les Anglais, qui trépanaient, ont eu 100 0/0 de morts pour leurs fractures du crâne.

En 1863, année où la statistique des hôpitaux de Paris a été le mieux faite, et sous la direction de M. Broca qui, comme vous le savez, s'intéressait aux opérations chirurgicales, il n'y a eu aucune opération de trépan et il y a eu 147 fractures du crâne, tant de la voûte que de la base. Les fractures ont donné lieu 59 fois à la mort, soit une mortalité de 40,1 0/0 de mort. Comparons encore : depuis 7 ans que je suis à l'hôpital Cochin, j'ai observé 24 fractures du crâne, 2 ne seront pas comptées : un coup de fleuret qui avait traversé l'orbite et pénétré dans le cerveau, une balle entrée dans l'œil droit, et qui était allé se loger dans le lobe occi-

[1] Lefort, Discussion sur le trépan, *Bull. Soc. de chir.*, 1867.

[2] Bluhm, Statistik der Trepanation bei Kopfverlezungen besonders bei Shusfracturen des Shœdels, *Langenbecks Arch. f. Klin.*, B. XIX, 1875-76 p. 119 et suiv.

[3] Legouest, Discussion sur le trépan, *Bull. Soc. de chir.*, 1866.

pital du côté gauche; restent 20 fractures sur lesquelles il y en a eu 6 de la base du crâne dont 5 suivies de mort, et 7 de la voûte du crâne dont 4 avec enfoncement manifeste, lesquelles 7 ont guéri. La fracture du rocher a été suivie de guérison. 6 malades sont morts en arrivant, et à l'autopsie, nous avons trouvé des lésions viscérales ou des contusions du cerveau qui expliquaient une mort rapide. 2 fractures par cause directe avec propagation à la base ont donné 1 mort et 1 guéri. Si je soustrais les morts rapides qui dans les statistiques des hôpitaux sont classés sous le chef de contusion cérébrale, j'ai la statistique intégrale suivante : 14 cas de fractures, 6 morts, soit 42 0/0 de morts, et en bloc, 24 fractures, 14 morts, soit 58 0/0 de morts.

Donc, la statistique hospitalière, ma statistique, en prenant les chiffres les plus avantageux, nous donne 40 0/0 de morts ou 42 0/0. Or, la statistique de Bluhm, qui, de l'aveu même de l'auteur, manque d'un grand nombre d'insuccès, donne pour les fractures du crâne traitées immédiatement ou consécutivement par la trépanation, 48 0/0 de morts. Cela ne prouverait pas, on le voit, l'innocence du trépan, mais cela prouve au moins, l'inutilité du trépan.

MM. Le Dentu et Lucas-Championnière ont fait miroiter devant vos yeux les faits de trépanations exécutées sur les Américains pendant la guerre de Sécession à la suite des plaies de tête par armes de guerre; ils ont cité le chiffre de 25 0/0 de mortalité à la suite du trépan, mais il y a à côté de ce chiffre éblouissant un autre chiffre instructif, il est écrit : fractures du crâne traitées par les moyens médicaux 80 0/0 de morts. Si nous établissons la statistique par une moyenne, nous voyons que les Américains ont perdu 52 0/0 de leurs fractures du crâne. Cette mortalité est supérieure à celle de la statistique hospitalière de 1863, qui est de 40,1, et tout à l'avantage de l'abstention.

Avant d'entrer dans la discussion des observations, examinons le profit que l'on veut tirer aujourd'hui des localisations cérébrales pour justifier le trépan.

Il est certain que les physiologistes et les médecins ont donné des preuves convaincantes des localisations cérébrales. Tout n'est pas dit, cela est sûr, mais il est positif qu'il y a dans le cerveau une zone verticale dont l'écorce, aussi bien que les parties profondes, préside aux mouvements des membres de la face et de la langue, cette zone comprend la circonvolution pariétale ascendante, les deuxième, troisième et quatrième frontales et le prolongement ou l'aboutissant des fibres qui partent du corps strié ou qui y pénètrent. Mais qu'est-ce que cela prouve en faveur du trépan? Je dirai très-volontiers que les faits de MM. Terrillon et Lucas-Cham-

pionnière sont des preuves à l'appui et qu'ils ne sont pas les premiers des localisations cérébrales, mais je nie que les signes tirés des localisations cérébrales soient des indications du trépan.

Trépanez-vous pour un symptôme ou pour une lésion ? Si vous trépanez pour un symptôme, vous devriez trépaner pour les paralysies dues à un ramollissement des régions motrices, et nous savons tous que les chirurgiens ont la sagesse de s'abstenir de toute opération de ce genre, qu'aucun médecin n'oserait conseiller. Un symptôme de paralysie ne saurait être une indication de trépaner. Si c'est pour remédier à une lésion, si c'est pour relever une esquille que vous trépanez, les symptômes manquent dans tous les points où il n'y a pas de régions motrices, et cependant il y aurait le même intérêt à relever les esquilles, et ces malades guérissent seuls parce que l'on a la sagesse de ne pas leur ouvrir le crâne ou qu'on ne trouve pas de symptômes. Les malades ne meurent pas parce qu'ils ont une monoplégie brachiale, et l'esquille qui cause un trouble du cerveau dans les régions motrices ne sera jamais dangereuse si elle ne produit que la paralysie. Elle sera dangereuse dans les régions motrices comme dans toutes les autres régions quand elle sera accompagnée de contusion cérébrale. Ce qu'il vous faudrait démontrer c'est le moyen de distinguer s'il y a ou s'il n'y pas contusion cérébrale, c'est la preuve que le trépan remédie à la contusion cérébrale.

Il y a dans la thèse de Velpeau [1] une observation qui remonte à 130 ans, et elle est tellement significative au point de vue des localisations cérébrales, que je m'étonne qu'elle ait échappé à M. Pitres; cette observation prouve que toutes les indications dont il vous a été parlé existaient chez un chanoine qui avait reçu sur le crâne un cierge tombé de 30 pieds de haut et qui 53 jours après eut une monoplégie brachiale, une hémiplégie et l'embarras de la parole. La blessure siégeait sur le pariétal du côté opposé. On trépana, on ne trouva rien que de la sanie roussâtre sur les circonvolutions cérébrales, c'est-à-dire un ramollissement cérébral. Le malade mourut. Toutes les indications que vous a exposées M. Le Dentu dans son rapport, que j'ai écouté avec le même intérêt que la Société, étaient réunies, et l'on a eu un bel insuccès. Cela est-il assez clair ? La monoplégie brachiale était le symptôme d'une lésion autre que celle qu'on supposait, il n'y avait pas eu de diagnostic précis possible. Le fait d'Attalin sera considéré comme un des arguments les plus solides contre l'application de la théo-

[1] Velpeau, *Du trépan dans les plaies de tête*. Thèse de concours 1834, lettre d'Attalin.

rie des localisations cérébrales aux indications du trépan. Il y a eu bon nombre de faits du même genre qui n'ont pas été publiés, ou qu'il est facile de retrouver dans les vieux livres. Je ne vous les citerai pas. Enfin, et cela est un des plus forts arguments, si vous donnez les phénomènes paralytiques pour des indications du trépan, il faut que vous nous montriez que les paralysies sont incurables par tout autre moyen que le trépan, et vous en êtes loin.

Avant de discuter les observations, que je grouperais sous 4 chefs : 1° *trépanation préventive ;* 2° *trépanation primitive, c'est-à-dire dans les premiers jours des blessures ;* 3° *trépanation consécutive, c'est-à-dire pour des accidents plus éloignés ;* 4° *trépanation retardée pour des troubles cérébraux* survenant longtemps après une plaie de tête, je dirai que je puis parler du trépan en toute liberté, j'ai été élevé par des maîtres à qui je n'ai jamais vu pratiquer le trépan et qui guérissaient leurs malades. Je n'ai jamais trouvé l'occasion de pratiquer plus qu'eux le trépan. J'ai vu des faits semblables à ceux où l'on pratique le trépan, et mes malades ont guéri ; j'en ai vu d'autres, où je n'ai jamais regretté de n'avoir pas appliqué le trépan. Il y avait des lésions cérébrales, des contusions étendues et profondes auxquelles la trépanation n'aurait absolument rien fait.

Voyons donc les observations. Et d'abord si je montre qu'à toute opération de trépan suivie de succès correspondent, ou des trépanations faites dans des conditions identiques qui ont échoué, ou des fractures du crâne non suivies de trépan qui ont guéri quoique les lésions fussent semblables à celles pour lesquelles le trépan a été pratiqué, j'aurai démontré de nouveau la valeur de l'opinion française sur le trépan.

MM. Terrillon et Lucas-Championnière ont fait éclore dans les journaux des faits de trépanation. M. Vanlair, de Liége, a publié un bon mémoire à l'occasion d'un fait de sa pratique, une opération qu'il appelle une trépanation *préventive* [1]. C'est le fait le plus récent, je m'en empare. Il s'agit d'un enfant de 15 ans (toujours un jeune sujet, entendez-le bien, Messieurs). Il y avait une fracture avec enfoncement et perte de substance des os du crâne de 3 centimètres, et il y avait des esquilles dans la fracture. Il n'y avait pas le moindre symptôme cérébral, la température était normale. On trépane, on extrait deux esquilles dont une de 14 millimètres sur 7 de large. Le douzième jour on extrait une esquille de 23 millimètres sur 12 de large, le dix-septième jour 4 fragments osseux sont extraits dont un de 22 millimètres, le vingt-troisième jour on extrait 13 nouvelles esquilles.

[1] Vanlair, *Contribution à l'étude de la trépanation du crâne* (*Bull. thér.*, 1877, 15 et 30 juillet).

J'arrête votre attention sur cette observation. Direz-vous que l'on a trépané pour enlever les esquilles qui blessaient le cerveau? L'observation même vous prouve le contraire, puisqu'après l'opération il restait encore 17 esquilles qui sont ensuite sorties seules et sans accidents. Cette trépanation qui a été supportée par le malade à cause de sa jeunesse, a donc été faite pour un but qui n'a pas été rempli ; et c'est dire qu'elle a été inutile.

Les livres, les journaux du temps passé ne manquent pas d'observations où des lésions semblables ont guéri sans trépan. Bien des médecins connaissent des faits de fracture du crâne chez les enfants, avec issue du cerveau, que l'on croyait mortelles, et qui ont été guéries sans accidents. Écoutez un fait qui m'est personnel. Un enfant de 3 ans tomba il y a trois ans, d'une fenêtre du 6e étage sur une barre de soutien qui traversait une cour au niveau de l'entresol; la barre de fer avait fait sur le frontal, depuis l'œil jusqu'au milieu du pariétal, une plaie avec fracture et un enfoncement du crâne de 1 centimètre au moins de profondeur, la substance cérébrale sortait au fond de la plaie. Il n'y avait pas d'autres symptômes cérébraux qu'une résolution complète de tous les membres. Cet enfant a guéri en 6 semaines; on avait le dessein de l'envoyer à l'hôpital des enfants, mais la mère voulut le garder et et je n'en fus pas fâché, car j'avais grand'peur qu'on eût l'idée de trépaner. Un séquestre de 15 millimètres sur 10 fut détaché du crâne vers le 30e jour sans le moindre accident.

La trépanation préventive est jugée par cette comparaison. Je ne vous parlerai pas d'une observation de Burns, citée par M. Vanlair, où l'on fit une trépanation primitive, l'hémiplégie survint après cette opération, on appliqua deux jours de suite une nouvelle couronne de trépan, le 7e jour le malade mourut d'une méningite. Il s'agissait d'une fracture du pariétal droit par cause directe. Voilà cependant un fait bien peu favorable à la trépanation primitive et qui n'a pas besoin de commentaires.

Mais, dira-t-on, lorsqu'il s'agit de plaies de guerre, de balles restées dans le cerveau, le trépan a fait des merveilles. A cela je réponds que, sauf un ou deux cas de Larrey père, et un cas où la balle était entre la dure-mère et le crâne, il y a peu de cas heureux. On connaît presque autant de faits où la balle est restée enkystée dans le cerveau. Je ne parlerai pas des faits de Paroisse de Ramdhor et de celui de Larrey. Je citerai encore des faits inédits que j'ai observés et qui prouvent que des plaies en gouttière du crâne et du cerveau et des balles restées dans le crâne peuvent être guéries sans trépanation, et que, avec le temps, une balle pourra toujours être assez facilement extraite par le trou où elle est entrée.

A Sedan, un soldat poméranien, une de ces têtes rondes si bien représentées par les peintres de la bataille d'Eylau, reçut en plein front une balle qui creusa d'avant en arrière une gouttière qui allait jusqu'à la suture lomboïde. Un morceau de son casque, des esquilles emplissaient la plaie au milieu de la substance cérébrale. Les médecins prussiens et français jugèrent le malade perdu. Il resta dans une de mes ambulances, où je le pris pendant 16 jours; après l'accident, il resta sans connaissance avec des compresses d'eau froide sur la tête. Le 17e jour, il se réveille, demande sa soupe, et le 25e jour la plaie était en si bon état qu'il partit à pied rejoindre un convoi de blessés prussiens qui se rendait à quelques lieues de Sedan.

Voici un autre fait non moins instructif : Un soldat du 31e de marche reçut une balle au-dessus de l'oreille gauche, le 1er décembre 1870, à Villepion. Il resta sans connaissance et fut transporté dans cet état d'ambulance en ambulance jusqu'à un hôpital militaire à Bordeaux. Il se remit. On lui avait enlevé, disait-il, une balle sous la peau. En août 1871, ce garçon revint chez son oncle, marchand de vins, rue Bellechasse, et je fus appelé parce qu'il avait un abcès au-dessus de l'oreille et tombait de temps en temps dans des attaques épileptiformes. J'explorai une fistule enflammée qui existait au-dessus de l'oreille et je pus extraire un séquestre du volume d'une plume de fer courte. Le malade fut soulagé, un mois après le malade avait eu une attaque d'épilepsie nouvelle. J'explorai encore et je trouvai quelque chose de noir au fond de la fistule ; je reconnus une balle dont je fis l'extraction. C'était une moitié de la balle dont l'autre moitié avait été extraite sous la peau. Il y eut encore pendant quelques mois des accès épileptiformes et le malade finit par guérir. On aurait trépané pour extraire la balle, aurait-on obtenu un meilleur résultat ?

La trépanation pour les accidents immédiats a été défendue ici par M. Lucas-Championnière, en vue d'extraire des esquilles, cause de compression cérébrale. Vous vous rappelez cette observation. Il s'agissait encore d'un homme jeune chez lequel, peu de jours après une plaie de la région pariétale, il survint une monoplégie brachiale; le 7e jour, le trépan est appliqué, le chirurgien retire une petite esquille.

Le trépan avait donc été pratiqué pour extraire une esquille. Une question préalable doit être traitée avant tout. Une esquille, ou des esquilles sont-elles donc si dangereuses pour le cerveau ? Eh bien non, Messieurs, les Bulletins de la Société anatomique renferment un bon nombre de faits qui démontrent que le cerveau s'accoutume très-facilement à la compression. On a trouvé des fractures de la table interne du crâne, des enfoncements du crâne

consolidés plus ou moins vicieusement et qui avaient creusé une dépression du cerveau. Les cadavres sur lesquels ces pièces avaient été recueillies étaient ceux de sujets qui avaient eu autrefois des fractures du crâne et qui n'en présentaient plus aucun accident. Le musée Dupuytren, dans sa riche collection, renferme les pièces les plus remarquables.

Mais on parlera d'esquilles implantées dans le cerveau, ne croyez pas qu'il manque de faits pour répondre à l'argument. M. Budin [1] a présenté à la Société anatomique le crâne d'un homme de 49 ans qui, à l'âge de 5 ans avait reçu un coup de pied de cheval sur le front. Il avait bien guéri et il avait succombé plus tard à un cancer du foie. A l'autopsie, on a trouvé la fracture du crâne vicieusement consolidée avec une esquille implantée dans le cerveau et entourée de fausses membranes organisées. Vous voyez jusqu'à quel point le cerveau montre sa tolérance pour les esquilles.

J'entends les partisans du trépan, M. Terrillon et M. Lucas-Championnière, dire qu'ils ont guéri la paralysie, l'aphasie, les convulsions. Mais, est-ce que l'on n'a pas de nombreuses observations qui démontrent que ces paralysies guérissent sans trépan? Est-ce qu'il n'y a pas des paralysies, monoplégies et hémiplégies dues à des hémorrhagies cérébrales des noyaux extraventriculaire qui guérissent seules avec le temps? est-ce que nous n'avons pas l'observation de M. Perrin qui montre comment avec le temps les accidents convulsifs consécutifs aux fractures guérissent peu à peu sans trépan. Vous rappelerai-je enfin le fait que je vous ai déjà sommairement exposé ?

Fracture du crâne avec enfoncement. — Paralysie. — Guérison.

Voici l'observation à laquelle j'ai déjà fait allusion et que j'ai recueillie lorsque j'étais interne dans le service de M. Manec, en 1859.

Le nommé Bouchart, âgé de 51 ans, était au fond d'un de ces fossés que l'on creuse dans les rues pour l'établissement des conduites d'eau ou de gaz, lorsqu'il reçut sur la tête un levier qui tomba perpendiculairement. Il perdit connaissance et fut apporté à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean, n° 30, le 23 novembre 1859.

A l'hôpital il avait repris connaissance. Une plaie du cuir chevelu avec enfoncement des os du crâne siégeait un peu sur le côté gauche *au milieu* de la voûte crânienne, une ligature fut faite par l'interne de garde pour arrêter une hémorrhagie fournie par une artère du cuir chevelu, des cataplasmes furent placées sur la plaie; autant que mes souvenirs me le rappellent, le malade ne pouvait supporter une vessie de glace sur sa tête.

[1] Budin, Fracture ancienne de la voûte du crâne, *Bull. Soc. anatomique*, 1874, p. 22.

Le lendemain 24, résolution incomplète du membre supérieur droit, lavement purgatif.

Même état les jours suivants. Issue de substance cérébrale par la plaie.

Le 27, huile de ricin, 30 grammes.

Le 28, le bras semble un peu plus libre.

Le 29, *paralysie complète du bras droit* moins la sensibilité au froid.

Le 30, lavement purgatif, même état.

Le 1er décembre, paralysie incomplète du membre inférieur droit.

Le 2, *hémiplégie* droite complète, parole embarrassée ; dans la nuit il y a eu une perte de connaissance, fièvre; 15 sangsues derrière l'oreille. M. Manec redoute la méningo-encéphalite.

Le 3, délire, parole embarrassée, toujours issue de pus verdâtre par la plaie, un peu d'hémiplégie faciale. (Le côté n'est pas noté dans mes notes.)

Le 4, aggravation des symptômes, diarrhée, impossibilité d'articuler les paroles, déglutition difficile, apparence de pus cérébral, traces de pus violacé et blanc nacré au milieu de pus verdâtre.

Le 5, goût conservé, pas de selles, lavement purgatif.

Le 6, même état.

Le 7, deux esquilles, une de 18 millimètres de long sur 5. Un morceau du drap de la casquette du malade et de la ouate de la doublure sont successivement extraits, ils étaient amenés au dehors par le pus, selles, même état des paralysies.

Le 8, quelques mouvements dans la jambe droite.

Le 9, la parole est plus facile.

Le 10, mieux, une demi-portion, la fièvre est tombée.

Le 11, une portion entière, le bras reste toujours paralysé.

Le 13, un peu de fièvre.

Le 15, agitation, hoquets, perte complète de la parole, lavement purgatif.

Le 16, même état.

Le 18, érysipèle de la face (il est probable que l'érysipèle existait sur le cuir chevelu depuis deux jours), paralysie de la langue, lavement purgatif.

Le 19, émétique en lavage, diète.

Le 22, l'érysipèle est terminé à la face, la parole est revenue, appétit, les mouvements reparaissent dans le bras droit et sont de plus en plus nets dans l'ordre suivant : l'avant-bras d'abord, et le bras ensuite.

Le 27, l'érysipèle existe encore sur le cou.

Le 28, même état, la plaie bourgeonne bien, pansement simple, une portion.

Le 28, extraction de 6 esquilles du volume d'un fragment de grosse allumette.

Le 29, le malade remue plus facilement son bras et sa jambe; encore un peu d'érysipèle.

Le 31, même état général bon, plus traces d'érysipèle, le malade se lève sur son séant.

Le 1er janvier, je quitte l'hôpital ; j'ai appris depuis que les forces étaient rapidement revenues : le malade est sorti de l'hôpital pour aller à Vincennes en convalescence, et s'est rendu à pied de la salle à la voiture qui devait l'y conduire.

Cette observation, que je dédie à M. Charcot, indépendamment de ce qu'elle prouve l'inutilité absolue du trépan, est une démonstration des plus rigoureuses de la théorie des localisations cérébrales: la blessure du cerveau existait en effet rigoureusement au niveau du lobule paracentral. On suit, à l'aide de la paralysie, la marche des lésions de haut en bas sur la circonvolution pariétale ascendante et sur le trajet de la scissure de Rolando.

L'extraction des esquilles dans une plaie du crâne est passible d'un reproche, on se demande toujours, en lisant les observations, si ce que l'on a extrait après la trépanation était bien une esquille destinée à être éliminée. Si je prends, en effet, le texte même de l'observation de M. Lucas-Championnière, je lis: « *une esquille que j'extrais avec quelque peine* »; pour qui sait lire entre les lignes, cela veut dire que le fragment d'os tenait à la dure-mère et qu'il fallut l'en arracher.

Je ne voudrais pas jurer que cette esquille n'eût pu reprendre et se consolider si on l'avait laissée tranquille.

M. Broca a trépané, 6 semaines après l'accident, une fracture du crâne pour extraire un séquestre, et il a réussi. En présence de signes évidents de suppuration et de nécrose, j'aurais peut-être fait ce qu'a fait M. Broca. Mais on peut se demander si l'esquille n'aurait pas pu être extraite en la morcelant. Le malade, encore une fois, était un jeune sujet ; il a guéri des accidents principaux, mais il lui restait encore quelque chose, une contracture de la face.

Mais en face de ce cas heureux, combien ne compte-t-on pas d'insuccès ! il y en a dans tous les recueils de faits qui ont servi aux statistiques. J'ai vu pour ma part le fait suivant, qui prouve que la nécrose limitée des os du crâne peut guérir par élimination spontanée.

Le 27 novembre 1876, un homme de 32 ans, le nommé Kim, reçut, pendant qu'il travaillait dans un puits, un pavé dont un angle frappa le côté de la tête juste au niveau de la suture sphénoïdo-pariétale. Le malade resta sans connaissance pendant 3 heures. A son réveil il accusait non-seulement une douleur au point contus où il existait une plaie et un enfoncement des os du crâne, mais encore une douleur vive à la région pariétale du côté opposé. Le malade était dans un état d'hébétude très-marqué. Je fis raser la tête et appliquer un grand vésicatoire. Le malade resta six semaines à l'hôpital et sortit guéri.

Au mois d'août 1877, il revint avec un abcès sous-périostique

du crâne, au lieu où avait existé la fracture, l'abcès fut incisé et drainé. On sentait un point du crâne dénudé et il sortit une petite esquille du volume d'une grosse tête d'épingle, Cet abcès avait été précédé de violentes douleurs de tête. Vous voyez que les choses peuvent s'arranger à la suite des fractures du crâne, comme nous le voyons pour les fractures avec de petites esquilles des autres os. Des faits du même genre ne manquent pas d'ailleurs.

Dans l'observation de M. Terrillon il s'agissait encore d'une esquille, mais il n'y avait pas trace d'inflammation. Cette observation peut être placée entre celle de M. Lucas-Championnière et celle de M. Broca, et ce qui a été dit contre les deux dernières s'appliquent à la première.

La trépanation retardée pour des accidents cérébraux consécutifs : épilepsie, paralysie, convulsions, douleurs persistantes, a été faite nombre de fois : tantôt on exécutait un trépan explorateur, tantôt on trépanait dans le but d'ouvrir un abcès.

Les observations sont nombreuses, et les deux mémoires de Quesnay [1] rapportent le fait de J.-L. Petit; mais depuis je ne sache pas qu'on ait guéri un malade atteint d'abcès du cerveau par la trépanation.

Nous avons longtemps vécu avec l'enthousiasme qu'on nous avait inculqué pendant nos études pour une mémorable observation où Dupuytren avait eu la hardiesse de trépaner un jeune homme qui avait eu une plaie du crâne par instrument piquant, ce chirurgien avait ouvert un abcès du cerveau, et avait sauvé le malade.

Ce malade est mort. S. Cooper cite un journal anglais où il est dit que le malade a succombé [2]. Depuis, encore combien de faits malheureux malgré la persistance des partisans du trépan ! Que M. Tillaux n'ait donc pas de regrets : son malade, s'il l'avait trépané, serait mort comme celui de Dupuytren.

Moi aussi j'en ai vu, des cas d'abcès du cerveau, j'ai diagnostiqué des abcès, des tubercules enkystés, à la place où ils étaient, le diagnostic a été vérifié à l'autopsie. Mais les malades ne pouvaient ni ne devaient être opérés. Ils avaient de la *fièvre* et des symptômes de méningite. La fièvre! je ne dis pas seulement par là l'élévation du pouls, mais l'élévation de la température. Voilà une contre-indication du trépan.

Je saisis cette occasion pour signaler à M. Le Dentu une lacune dans son remarquable rapport. Quels que soient les symptômes

[1] Quesnay, Mém. sur les plaies de tête, et trépan dans les cas douteux, *Mém. Acad. de chir*, t. II, éd. Lapeyronie.

[2] *Journ. of foreign med.*, nº 18, p. 298, in S. Cooper, *Dict. de chir.*, art. TREPHINE, trad. Paris, 1826.

paralytiques, la fièvre est une contre-indication formelle du trépan; quand la fièvre existe, la méningo-encéphalite est proche. Si l'on a régulièrement échoué dans les cas de trépan pour des abcès simples ou tuberculeux, cela tient à ce que les abcès du cerveau ne révèlent leur présence que par des signes de méningo-encéphalite.

Les sujets qui ont des abcès du cerveau, des tumeurs cérébrales même, meurent subitement, ou meurent de méningo-encéphalite ou de ramollissement cérébral. Le cerveau résiste à la compression et l'on ne soupçonne les abcès et souvent les tumeurs du cerveau que par leurs complications, et, lorsqu'elles existent, la trépanation est absolument inefficace. Cette loi de l'évolution des abcès du cerveau, qu'ils soient liés à des tubercules, des traumatismes ou à des otites, c'est, suivant une expression de M. Chauffard, une maîtresse majeure qui doit toujours dominer vos résolutions.

A plus forte raison, s'il y a du délire, du coma, des convulsions, en même temps que de la fièvre, il serait absolument déraisonnable d'opérer, quoique cela ait été fait. Est-ce que nous ne ferions pas tous la trépanation pour des tumeurs cérébrales, si nous pouvions les diagnostiquer avant la méningo-encéphalite ou le ramollissement qui emporte les malades?

Je n'insisterai pas sur les nombreux faits qui prouvent que des trépanations faites pour des accidents épileptiformes n'ont point empêché les accidents de se reproduire, que des paralysies ou des contractures ont persisté après le trépan. Dirai-je encore que des trépanations pratiquées à titre d'exploration contre des douleurs de tête ont dû être répétées, quelque fois sans succès, et que de simples incisions du cuir chevelu ont produit le même résultat, ainsi que Pouteau l'a montré? Je ne citerai que pour mémoire les trépanations de Klein [1], pratiquées pour des douleurs où le chirurgien, se croyant obligé de faire quelque chose, a enlevé les glandes de Pacchioni.

De cette longue discussion on peut conclure : que le trépan préventif, primitif ou secondaire, n'a jusqu'ici réussi que chez des jeunes sujets qui, comme on le sait, supportent beaucoup mieux les traumatismes graves que les adultes ; l'aggravation du traumatisme a été supporté, et c'est tout ce que l'on peut dire de moins accusateur pour le trépan.

La trépanation ne doit avoir pour but que l'extraction d'esquilles, car les trépanations faites pour des épanchements de sang démontrent que la quantité de sang extraite a toujours été insignifiante. Or, il est positif que la trépanation n'a pas permis d'extraire des esquilles qui sont sorties seules plus tard; il est en outre démontré

[1] M. Velpeau, Thèse citée, 1834.

que des esquilles volumineuses se sont consolidées, qu'elles ont continué à comprimer le cerveau et ont fini par n'entraver en rien les fonctions de cet organe, bien qu'elles y fussent implantées. On doit condamner le trépan primitif, parce qu'il n'y a aucun moyen de dire s'il y a ou s'il n'y a pas contusion du cerveau en même temps que fracture esquilleuse, et il sera toujours permis de dire que si des malades trépanés ont guéri c'est qu'il n'y avait pas contusion cérébrale. Et si l'on dit que, dans les cas de mort, le trépan ne fait pas mourir les malades, nous dirons, nous, que dans les cas suivis de succès, les malades guérissent malgré le trépan.

Le trépan retardé pour des accidents consécutifs, serait très-applicable à des maladies auxquelles on ne l'applique pas et pour cause, tels sont les tumeurs cérébrales, psammomes, épithéliomes, gliomes, etc. ; mais comme les abcès du cerveau et les tubercules ou kystes du cerveau, ces lésions ne se révèlent par des symptômes apparents que quand il y a des complications inflammatoires qui contre-indiquent absolument le trépan.

J'ai fini, je ne veux plus dire ni bien, ni mal du trépan. Seulement, si je réalisais le projet tentant de faire un livre de médecine opératoire, je le terminerais par un dernier chapitre iutitulé : des opérations inutiles, et le trépan aurait la deuxième place.

Présentation d'instruments.

M. Terrier présente, au nom de M. le Dr Courserant, un écarteur des paupières.

Nouvel écarteur pour les paupières, se manœuvrant avec une seule main,
par le Dr Courserant et M. Mariani, présenté par M. Terrier.

L'écarteur que nous présentons a été construit, sur nos indications, par M. Mariani, fabricant d'instruments de chirurgie. Il jouit de tous les avantages qu'on rencontre chez l'écarteur de M. le Dr Armaignac, il supprime le seul inconvénient de ce dernier instrument, la possibilité de céder sous une contraction énergique des paupières ; à l'aide d'un petit levier et s'engageant dans trois crans destinés à limiter tous les écartements, les branches sont maintenues dans une position invariable. Un simple mouvement de doigt permet de baisser le levier, et l'écarteur reprend tout son jeu, si important lorsqu'on est en présence d'accidents qui nécessitent l'enlèvement rapide et sûr de l'instrument.

La séance est levée à 5 h. 20 m.

Le Secrétaire,
Cruveilhier.

Séance annuelle du 16 janvier 1878.

Présidence de M. Panas.

M. le Président prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues.

Dans quelques instants M. le Secrétaire annuel vous exposera l'ensemble des travaux de la Société pour l'année 1877. Vous verrez par là que la publication de vos Bulletins offrira comme par le passé, toute l'importance scientifique que leur accorde le monde savant français et étranger, et qui n'est que le juste tribut dû à votre labeur incessant et à votre amour pour la science.

S'il était permis à celui qui a eu l'insigne honneur d'être choisi pour présider à vos séances, de vous adresser des éloges, je dirais, sans crainte d'être démenti, que dans aucune société savante on ne rencontre plus d'esprit de justice et de vérité scientifique que dans celle-ci.

Ce n'est d'ailleurs là, Messieurs, que le développement naturel des traditions de la chirurgie française de tous les temps, telle qu'elle a été fondée par vos prédécesseurs, et telle qu'elle sera continuée, j'en ai la ferme conviction, par vos contemporains et par nos successeurs.

Hélas! on ne peut toucher par la pensée à un édifice composé de générations qui se succèdent, sans avoir immédiatement à regretter des pertes douloureuses, comme celle que vient d'éprouver encore cette année la Société de chirurgie.

Dolbeau, notre brillant et malheureux collègue, nous fut ravi par une mort rapide et prématurée, alors qu'il venait d'atteindre le faîte de sa carrière médicale.

La Société n'oubliera pas qu'il a été l'un de ses membres les plus actifs et son président pour l'année 1872.

C'est encore la perte de l'un de ses membres les plus illustres, de l'un de ses anciens présidents, que la Société déplore dans la personne de Bouvier. Plus favorisé que Dolbeau, notre regretté collègue jouissait d'une verte vieillesse, lorsqu'un fatal accident, auquel l'a exposé la perte graduelle de sa vue, vint mettre fin à ses jours. Interprète fidèle de vos sentiments et de votre estime, le bureau n'a pas manqué d'exprimer sur sa tombe des paroles de regrets.

Hervez de Chagoin, un de vos vétérans aussi, succombait dans la même année, de sorte que la Société s'est trouvée privée coup sur coup de trois de ses membres honoraires.

Parmi nos correspondants nationaux une seule mort est venue nous attrister, c'est celle de Jules Roux, de Toulon, ancien inspecteur général de la marine en même temps que savant de premier ordre.

Cette part faite à la douleur, il m'est doux d'arriver aux nouvelles recrues de la Société, et c'est avec un véritable bonheur que nous avons vu s'adjoindre à nous comme membre titulaire un jeune savant de mérite, M. Farabœuf, dont vous avez pu apprécier déjà les travaux.

Les nouveaux membres correspondants nationaux qui ont conquis vos suffrages sont :

MM. Vedrenne, à Vincennes,
Poinsot, à Bordeaux,
Paquet, à Lille,
Roux de Brignoles, à Marseille.

Tous sont des chirurgiens distingués et travailleurs, qui ne manqueront pas de concourir à vos travaux.

Quant aux correspondants étrangers, vous n'aviez que trois places à accorder et vous avez choisi pour les remplir :

MM. Arlt, de Vienne,
G. Callender, de Londres,
Reverdin, de Genève.

Le premier est le célèbre ophthalmologiste que tout le monde connaît ; le second est le chirurgien distingué de l'hôpital de Bartholomew, à Londres, et quant au troisième, M. Reverdin, il vous est connu par ses importants travaux sur l'épidermisation des plaies, outre qu'il vient d'être nommé professeur à la faculté de médecine de Genève.

A tous ces titres, vos choix sont excellents ; aussi avez-vous proclamé MM. Arlt, Callender et Reverdin membres correspondants étrangers à l'unanimité.

Les prix que vous avez eu à accorder cette année, ont été pleinement justifiés par l'importance, sinon par le nombre des travaux soumis à votre appréciation.

C'est ainsi que vous avez donné le prix Duval à un ancien interne des hôpitaux des plus distingués, M. Valtat, en récompense de sa thèse inaugurale, où il traite de *l'atrophie musculaire consécutive aux arthropathies*, sujet aussi neuf qu'intéressant.

Le prix Laborie fut décerné à M. Petit (Henri), pour son très-intéressant travail sur la *gastrostomie ;* question toute d'actualité et que l'auteur a traitée d'une façon absolument complète au point de vue historique.

Nous félicitons très-sincèrement les deux nouveaux lauréats.

Vous savez, Messieurs, que le prix Gerdy devra être distribué à la fin de 1879, et que pour vous conformer aux clauses du testament, vous avez dû désigner, deux années à l'avance, la question qu'auront à traiter les candidats. Après mûre réflexion, la commission nommée à ce propos vous a soumis la question suivante, qui a recueilli vos suffrages :

Histoire des doctrines relatives à la pyohémie ou infection purulente.

Nous espérons que votre appel sera entendu et qu'il en sortira un travail magistral, digne de la haute portée chirurgicale d'un pareil sujet d'étude.

Le prix Demarquay, fondé par votre regretté collègue, dont vous allez entendre l'éloge, tel que la plume pleine de verve de votre secrétaire général a su le retracer, sera proposé cette année pour la première fois.

Vous aviez, comme pour le prix Gerdy, à fixer la question deux années à l'avance, et voici celle à laquelle vous vous êtes arrêtés :

Pathogénie des différentes formes d'ankyloses et indications thérapeutiques qui en découlent.

Je ne dois pas omettre de vous parler d'un autre sujet, qui touche de près aux récompenses, à savoir, de l'état de vos ressources pécuniaires.

Pour la première fois, grâce aux excédants, il vous a été permis de faire un placement en rentes sur l'État de 4,800 francs ; outre que 250 francs ont été alloués pour votre bibliothèque et 550 francs pour l'achat d'un tapis. Ce résultat favorable est dû, en partie, à l'augmentation de vos abonnés aux Bulletins, qui est actuellement de 207, et beaucoup à la bonne gestion de votre trésorier, M. Nicaise, dont nous ne saurions trop louer le zèle.

Mes chers collègues, je ne puis terminer cette courte allocution sans vous exprimer ma vive gratitude de m'avoir appelé, l'année dernière, au poste d'honneur de la présidence. Ce témoignage de votre estime pour moi me remplit de reconnaissance, et soyez certains que j'en garderai le souvenir.

M. Cruveilhier, secrétaire annuel, lit le compte rendu de la Société pendant l'année 1877.

Messieurs,

Le rôle qui m'est assigné, dans la séance de ce jour, n'est que le

complément du mandat que j'ai rempli sous votre bienveillant patronage pendant l'année qui vient de s'écouler.

Vous avez pensé que, reproduisant hebdomadairement vos séances, votre secrétaire annuel devait se pénétrer intimement de votre esprit et, suivant l'expression de Montaigne, se revêtant pour ainsi dire de votre substance, devait mieux que tout autre retracer l'histoire de vos travaux d'une année.

J'ai ressenti, Messieurs, en parcourant à nouveau vos Bulletins, une vive impression, et bien qu'en l'exprimant je ne sois que l'écho de mes devanciers, c'est un bonheur pour moi de vous la traduire.

Cette impression est celle de l'étonnement en face de tant de documents accumulés, documents de valeur inégale, mais contenant tous au moins une parcelle de ce véritable esprit scientifique dont étaient animés les fondateurs de la Société de chirurgie.

Vous avez pris part, Messieurs, à plus de trente discussions ; quelques-unes vous ont été transmises par les années passées, d'autres reparaîtront l'année qui vient, établissant ainsi un trait d'union entre tous vos travaux.

Parmi les points de la chirurgie qui vous ont toujours, et à juste titre, le plus préoccupé, il faut citer les questions de pathologie générale.

Dès le début, nous rencontrons le nom de M. Verneuil qui, dans un petit mémoire, cherche à compléter la discussion qui a eu lieu l'an dernier sur les rapports réciproques du traumatisme et de la grossesse. Deux points sont particulièrement envisagés :

En premier lieu, l'influence pyogénique de la gravidité. L'auteur cite à l'appui trois observations d'arthopathies arrivées à suppuration; mais, ainsi que l'a fait remarquer M. Gueniot, ces malades avaient d'anciennes arthrites scrofuleuses, et la question ne peut être tranchée qu'en s'adressant à des individus exempts de ce vice constitutionnel.

Le second point abordé par M. Verneuil est relatif à l'époque où il convient de pratiquer les opérations pendant la grossesse : il faudrait un autre criterium que la seule quantité de jours et de semaines, l'état antérieur de la femme doit être pris en grande considération. MM. Tarnier et Gueniot ont émis à ce sujet de très-judicieuses observations.

Un deuxième chapitre de la pathologie générale a été abordé, c'est la question du rapport de l'arthritisme et des plaies, soulevée par un travail de M. Bachon. L'auteur, en se demandant s'il n'y aurait pas entre le rhumatisme et le système lymphatique une mystérieuse connexité, est un peu sorti de la question ; aussi le rapporteur, M. Le Dentu, a-t-il fait remarquer que les considérations énoncées

manquaient un peu de la rigueur dont la pathologie générale a besoin plus que toute autre branche de la science.

Dans la séance du 28 mars, M. Piachaut, président de la Société médicale de Genève, membre correspondant étranger, invita les médecins français à se rendre à Genève, à l'effet d'assister aux séances du congrès médical, et la cordialité de la réception ne l'a cédé en rien aux termes gracieux dans lesquels cette invitation était faite.

M. Piachaut donc, dans cette même séance, abordant la question du drainage dans les plaies d'amputation, a revendiqué la priorité de cette pratique pour Chassaignac en l'enlevant à Lister et à Azam, de Bordeaux.

Cette question de priorité a soulevé aussitôt une discussion. Depuis le tube pertuisé de Guy de Chauliac, signalé par M. Guyon, les sétons employés de toute antiquité, comme l'a fait observer M. Le Fort, la sonde de gomme élastique que M. Forget a vu entre les mains de Jules Cloquet, jusqu'au drain de Chassaignac, la même indication était toujours remplie. Faut-il faire dater le drainage de l'emploi des drains, évidemment non, car ce serait, suivant l'expression de M. Le Fort, à l'inventeur du caoutchouc qu'il faudrait en faire remonter l'honneur.

Deux faits semblent résulter de la discussion : d'une part, que c'est bien M. Arlaud, chirurgien en chef de la marine, membre correspondant de la Société, qui a fait le premier l'application du drainage préventif ;

Le second fait et le plus important, c'est que l'opinion générale tend à accepter un mode de pansement que l'on peut définir avec M. Trélat : *réunion primitive avec tube à drainage placé dans le sinus de fermeture de la plaie avec réunion très-exacte.*

Quel contraste entre cette méthode où l'on cherche avant tout la réunion primitive et le pansement à l'alcool, dit de Nélaton, dont l'essence est de laisser les plaies largement ouvertes !

M. Delens et après lui M. Guyon ont fait ressortir l'absence complète de réaction locale et l'atténuation de la réaction générale, qui a fait classer par M. Guyon ce mode de pansement au point de vue de ses effets primitifs à côté de l'irrigation continue et de la glace.

Nos Bulletins contiennent tous les ans un certain nombre de faits relatifs aux lésions congénitales.

MM. Depaul et Polaillon nous ont présenté chacun un fait d'occlusion intestinale par imperforation de l'anus. — Dans le fait de M. Depaul, le gros intestin n'existait pas et le savant professeur s'abstint de toute opération, assuré qu'il était de l'exactitude de son diagnostic.

Malgré les nombreux travaux parus sur ce sujet, la question de la nature et de la pathogénie des tumeurs congénitales ano-coccygiennes reste à l'ordre du jour. Ces faits sont peu communs et de plus anciens ne peuvent être utilisés, vu l'absence d'examen histologique ; c'est ce qu'ont fait ressortir MM. Panas et Depaul, en constatant que la question ne pouvait encore être scientifiquement tranchée.

Je dois m'arrêter un moment sur les affections de la peau car nous avons eu l'heureuse chance d'entendre notre collègue de l'hôpital Saint-Louis, M. Lallier, si compétent en ces matières, nous exposer un cas d'ulcération de la face et du cou où le diagnostic est resté incertain.

Sous le nom bizarre d'ainhum, M. le Dr Guimaraes, de Rio de Janeiro, nous a fait connaître une affection des orteils caractérisée par une gangrène à forme spéciale qui serait propre à la race nègre.

M. Reverdin, de Genève, nous a envoyé l'observation d'un épithélioma qui, par sa durée (35 ans), lui paraît un de ces faits si rares de transformation de tumeur.

Un autre cas fort intéressant de greffe épidermique était joint au premier.

Sous le titre de phlegmon sous-ombilical, M. Heurtaux nous a adressé un mémoire avec planches où l'on retrouve toutes les qualités qui distinguent l'éminent chirurgien de Nantes.

Je dirai seulement que d'après lui nous aurions affaire à une affection non encore décrite, dont le siége serait une cavité naturelle anatomiquement déterminée par M. Jouon, professeur d'anatomie de Nantes, et nommée infra-ombilicale; c'est dans cette cavité que s'éparpillent, au milieu d'un petit amas graisseux, les extrémités terminales des artères ombilicales et de l'ouraque. Le travail de M. Heurtaux étant de ceux qui ont besoin d'être médités, la discussion n'a pas encore été engagée, mais elle sera des plus intéressantes.

Il y a deux ans votre secrétaire, M. Sée, relatait un cas de suture tendineuse par anastomose dû à M. Tillaux. La question semblait épuisée, lorsque cette année deux communications vous ont été faites :

Je passerai rapidement sur celle de M. Mollière, de Lyon, dans laquelle ce chirurgien, à la suite d'une perte de substance du tendon du cubital antérieur, paraît avoir rétabli la continuité de ce tendon en faisant la suture de la gaîne tendineuse; je me joins au rapporteur M. Delens pour trouver insuffisants les détails de l'observation.

Il n'en est pas de même de M. Notta; ses quatre faits de suture

tendineuse sans adhérence de la peau à la cicatrice sont très-surprenants et avaient paru entachés de quelque exagération, mais les observations ne laissent aucune place au doute et font honneur à l'habileté bien connue de notre confrère.

La coxalgie n'a pris place dans nos Bulletins que comme élément de diagnostic différentiel. Frappé de la rencontre qu'il avait faite de certains malades auxquelles on appliquait faussement la dénomination et le traitement de coxalgiques, M. Verneuil nous a lu un mémoire sur la rigidité des adducteurs de la cuisse simulant la coxalgie. Cette contracture est-elle primitive ou secondaire à l'impotence fonctionnelle des muscles droits de l'abdomen comme l'a pensé M. Panas ? c'est une question qui doit être réservée.

Je terminerai l'exposé des affections du système musculaire en mentionnant la communication de M. Duplay, intitulée : *Contracture permanente de cause traumatique des muscles du côté droit de la face et du masseter*. Notre collègue n'avait trouvé dans les auteurs aucune trace de cette affection, mais M. Terrier a pu lui fournir un fait identique.

Nous abordons l'étude du système osseux, qui occupe dans la chirurgie une place aussi importante que dans la structure organique. Nous ne voyons figurer les fractures que dans deux cas : un cas de rupture du fémur guéri sans raccourcissement par M. Duplay; un cas de fractures spontanées multiples dues, suivant toute apparence, à la syphilis héréditaire.

Trois variétés rares de luxations nous ont été présentées :

La première, due à M. Polaillon, est un déplacement de l'appendice xiphoïde pendant la grossesse.

Le deuxième fait est une luxation sous-glénoïdienne de l'humérus, réduite le 75• jour par M. Farabœuf, notre nouveau collègue.

Ce malade avait été soigné par un rebouteur, et lorsque M. Farabœuf fut appelé, il y avait 73 jours que l'accident était arrivé. Le bras formait un angle droit avec le corps, et le malade soutenait le membre sur une fourche lorsqu'il voulait marcher, les seuls mouvements possibles étaient les mouvements en avant et en arrière; le raccourcissement était de 2 centimètres 1/2. Vous avez entendu le rapport si complet de M. Périer, et vous avez vu par quels mouvements méthodiques M. Farabœuf a obtenu la réduction, et quel appareil il propose pour arriver à fixer l'omoplate du côté malade qu'il veut rendre solidaire de l'omoplate du côté sain. Ce travail, comme tous ceux de M. Farabœuf, porte l'empreinte de rares connaissances anatomiques mises au service d'un esprit éminemment chirurgical.

M. Vast, chirurgien en chef de l'hôpital de Vitry-le-François, nous a communiqué un fait très-rare de luxation fémoro-tibiale en arrière

avec rupture de l'artère et de la veine fémorale sans plaie cutanée, il n'y aurait dans la science qu'une observation de Turner qui ait été suivie de la rupture de la veine fémorale. La gangrène étant déclarée, l'amputation fut pratiquée le 18e jour, et bien que le blessé eût 73 ans la guérison a été rapide et absolue.

Deux résections du maxillaire inférieur par la méthode d'Essmarch ont été rapportées. L'une est due à M. Pozzi, la relation peut en être citée comme un modèle; elle offre de plus cet intérêt que le malade vous a été montré il y a quelques jours, un an environ après l'opération.

Le deuxième cas de résection par la méthode d'Essmarch a été présentée par M. Cazin, de Boulogne. Il s'agissait d'un malade qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, avait eu une nécrose d'une portion de la branche montante du maxillaire; l'opération, habilement pratiquée, a présenté un temps difficile : c'est celui où le chirurgien a voulu faire sa seconde section osseuse pour enlever un coin du maxillaire; aussi M. Cazin dit-il que c'est un temps de l'opération défectueux. Je ferai remarquer à notre collègue qu'il eût évité toute difficulté en empruntant le coin osseux au fragment antérieur au lieu de s'adresser à la portion massétérine de l'os.

M. Gillette, qui s'est occupé avec succès des affections osseuses, nous a montré deux malades auxquels il a pratiqué des résections :

L'un a subi la résection de la tête humérale; l'autre est un bel exemple de résection sous-périostée du coude: les surfaces humérales se sont reproduites à peu près entièrement et l'articulation est douée de mouvements actifs.

Je ne fais qu'indiquer le cas de sacro-coxalgie blenorrhagique relaté par M. Le Dentu, et j'arrive à la communication faite par M. Verneuil au sujet du genu valgum. Rappelant les travaux de M. Ollier qui cherche l'explication de cette affection dans une affection du cartilage épiphysaire du fémur, notre collègue cite deux faits dans lesquels il croit avoir prouvé que c'est le cartilage épiphysaire tibial qui a été la cause de la difformité.

La thérapeutique du mal de Pott a donné lieu à une discussion intéressante soulevée par M. Trélat. Il s'agissait d'un enfant chez lequel le diagnostic de mal de Pott avait été porté et qui n'avait été soumis, malgré le conseil de notre collègue, ni à l'immobilité, ni aux révulsifs. Un spécialiste des plus habiles a rendu, pendant un an, à cet enfant l'apparence de la santé à l'aide d'un traitement général bien conduit, mais l'évolution lente de la maladie s'accomplissait et un abcès migrateur se formait. Cette communication a fourni à notre collègue l'occasion de formuler les vrais principes qui doivent guider le traitement : l'immobilité non pas seulement par la gouttière de Bonnet, mais (comme l'a dit

M. Marjolin) par toute espèce d'appareil immobilisateur. Le fait de M. Trélat semblait un fait anormal, il a fini par rentrer dans la règle générale.

La pathologie du système osseux nous offre encore deux ordres d'affection.

En premier lieu, nous avons à signaler deux observations d'abcès des os. L'un de ces faits appartient à M. Desprès.

Le deuxième fait est dû à M. Chauvel, qui nous adresse une description véritablement typique d'un abcès osseux épiphysaire, en demandant à la Société si la trépanation doit être faite. Il ne saurait y avoir aucun doute dans l'esprit de notre collègue : la trépanation débarrassera son malade de ses douleurs, comme M. Desprès en a débarrassé le sien.

Les affections malignes des os ont donné lieu à deux communications :

La première est un cas de cancer colloïde du gros orteil, la pièce a été présentée par M. Le Fort; la deuxième est un mémoire intitulé : *Étude clinique sur l'ostéosarcome des membres,* dû à M. Poinsot, de Bordeaux ; il a fait l'objet d'un rapport de M. Terrier et peut être regardé comme le corollaire du travail si intéressant de M. Gillette sur le même sujet.

Pour M. Chauvel, aucun signe n'est pathognomonique. MM. Trélat, Tillaux, Terrier, Gillette, sont entrés, au point de vue diagnostique, dans des considérations intéressantes. Amputer dans le plus bref délai et le plus haut possible, telle est la formule du traitement qui donne 63 0/0 de mortalité. La statistique de M. Verneuil, qui a une valeur particulière en raison de l'examen histologique de tous les cas, n'offre qu'un cas de guérison sur 9 faits observés.

Le système circulatoire a donné lieu, comme d'habitude, à de nombreuses communications. M. Verneuil nous a rapporté un fait de lésion d'une artère anormalement située.

M. Nicaise nous a signalé une contusion de la fesse avec rupture de l'artère fessière ; l'hémostase a été faite à l'aide de la forcipressure.

Nous avons à enregistrer trois faits de ligature. Les deux premiers ont trait à la sous-clavière. M. Aubrée, de Rennes, a lié ce vaisseau en dehors des scalènes pour un anévrysme de l'humérale. Le fait de M. Le Dentu devrait prendre place au chapitre luxation. Il s'agit, en effet, d'un déplacement scapulo-huméral qui a déterminé la rupture de l'artère axillaire et la formation d'un anévrysme faux primitif. M. Le Dentu a cru devoir ne pas pratiquer la réduction, lier la sous-clavière et faire la désarticulation de l'épaule.

Pour en finir avec les ligatures, je rappellerai la communication

de M. Guyon qui, pour être classique, n'en porte pas moins avec elle son enseignement. Il s'agit d'un homme chez lequel, à la suite d'une plaie contuse du pli du coude, on fit dans la plaie la ligature de l'humérale et de la cubitale, l'hémorrhagie s'étant reproduite, on lia l'humérale au milieu du bras ; l'hémorrhagie persistant, M. Guyon jetta un fil sur le bout inférieur de la cubitale. Il y a dans ce cas preuve et contre-preuve, car la ligature directe a suffi là où la ligature à distance avait été impuissante.

Sept observations d'anévrysmes ont été présentées :

La première, due à M. Cazin, est un cas d'anévrysme diffus du pli du coude. Il s'agissait d'une jeune fille chez laquelle, en pratiquant une saignée, un médecin avait lié une artère. La tumeur avait pris le volume de la tête d'un fœtus de 8 mois lorsque notre collègue fut appelé. Il fit l'opération par la méthode ancienne et lia ce qu'il prenait pour l'humérale, en tout cas le vaisseau qui communiquait avec l'anévrysme. La conservation des battements de la cubitale montra qu'il y avait une bifurcation anticipée de l'humérale et que c'était *la radiale remontée*, suivant l'expression de M. Cazin, qui avait été lésée et sur laquelle la ligature avait porté.

M. Aubrée nous a apporté un cas où, consécutivement à une fracture oblique de l'humérus, un anévrysme s'est développé sur l'humérale ; malgré la ligature de l'axillaire, des hémorrhagies se sont produites, la ligature de la sous-clavière a amené une hémostase absolue ; aussi notre confrère aurait-il tendance, en invoquant du reste l'autorité de Bérard, à substituer, dans des cas analogues, la ligature de la sous-clavière à celle de l'axillaire.

M. Després, en nous apportant une opération d'anévrysme traumatique au premier espace intérosseux par l'ouverture du sac, propose d'adopter exclusivement la méthode ancienne pour les anévrysmes de la paume de la main. MM. Trélat, Marjolin, Polaillon n'acceptent pas cette doctrine et citent des exemples de guérison par la compression. M. Lannelongue accepte la compression pour les anévrysmes formés aux dépens de l'arcade palmaire profonde, et adopte la méthode ancienne pour les anévrysmes de l'arcade palmaire superficielle.

Enfin, trois cas d'anévrysmes ont été communiqués par M. Jose-Pereira Guimaraes : le premier est un cas d'anévrysme de la fémorale guéri après une inflammation du sac déterminée par une ponction ; le second a rapport à un anévrysme poplité, guéri par la compression digitale combinée avec la flexion ; le troisième, enfin, affectait la carotide gauche et s'est oblitéré à la suite de l'application de l'électricité à la surface externe de la tumeur : ce serait le premier et le seul cas connu de l'emploi de ce procédé de guérison.

Les affections du système lymphatique ont fourni matière à quatre communications :

M. Verneuil nous a lu un intéressant rapport sur une observation de lymphangiome de la langue, dû à un des jeunes chirurgiens qui ont produit le plus de mémoires originaux, j'ai nommé M. Nepveu. Ce serait le premier cas connu de lymphangiome lingual circonscrit et indépendant de la macroglossie.

La question des tumeurs lymphatiques malignes ou lymphadénome malin est toujours à l'ordre du jour de la Société; la discussion qui a eu lieu cette année, bien que fort intéressante, n'a pas encore élucidé tout à fait ce sujet.

M. Trélat. qui s'est déjà occupé de ce point de pathologie en 1872, nous a apporté une observation des plus curieuses où un homme de 48 ans a présenté successivement des tumeurs lymphatiques dans les deux testicules, la région temporale, frontale, les vertèbres, le mésentère, le foie, la rate, en un mot un lymphadénome malin généralisé.

M. Trélat termine en appuyant son diagnostic, en premier lieu, sur l'aspect insolite de la tumeur, et en deuxième lieu, sur la présence d'une seconde tumeur. Cette communication devient l'origine d'une discussion à laquelle MM. Perrin, Verneuil, Lannelongue prennent part et qui met en relief les points obscurs de la question.

Question de point de départ : le tissu réticulaire apparaît-il ou non primitivement dans les ganglions? *Question d'âge :* est-ce une tumeur des adultes? *Question de pronostic :* toutes ces tumeurs se généralisent-elles? et sinon, à quels signes reconnaître les lymphadénomes malins de ceux auxquels, en dépit de l'histologie, M. Trélat voudrait imposer le nom de lymphosarcome? La leucémie, qui apparaît quelquefois, fait-elle ou non partie intégrante de l'affection? N'y a-t-il enfin que ce signe, l'existence d'une seconde tumeur, qui puisse permettre de poser le diagnostic?

Dans une séance ultérieure, M. Chauvel a adressé l'observation de tumeur lymphatique de la face, avec lymphadénome et leucémie consécutive, à laquelle M. Perrin avait fait allusion. Enfin M. Paulet est venu apporter une observation des plus instructives en raison de l'erreur qu'il a commise en incisant un lymphadénome malin qu'il prenait pour une hypertrophie ganglionnaire; cette erreur de la part d'un chirurgien aussi distingué que notre collègue, commise du reste par bien d'autres, montre à quel point la science est peu avancée au sujet de ces tumeurs. Aussi M. Verneuil, tout en résumant en quelques traits la physionomie générale de l'affection, a-t-il demandé que la discussion restât ouverte devant la Société.

L'appareil digestif a donné lieu à de nombreuses communications.

On nous a signalé deux affections des glandes salivaires : l'une consistait en deux calculs du canal de Warthon, présentés par M. Horteloup ; l'autre, en un enchondrome de la glande sous-maxillaire, présenté par M. Anger.

Les divisions congénitales du palais et du voile ont donné lieu à une communication de M. Trélat, où notre collègue nous a rendu compte de cinq opérations d'uranostaphyloraphie. Après avoir indiqué dans quel ordre doivent être exécutées les diverses opérations restauratrices des divisions congénitales de la voûte buccale, notre collègue décrit minutieusement l'opération telle qu'il la pratique : l'emploi d'aiguilles en ∪, pour la portion palatine, d'aiguilles à grande courbure par la partie staphylienne, la manière dont le fil qui a traversé d'avant en arrière une des lèvres de la division pourra traverser d'arrière en avant la lèvre opposée.

M. Tillaux a insisté sur quelques points particuliers : en premier lieu il trace son incision de manière à ce que l'artère palatine postérieure soit conservée dans le lambeau ; il se montre aussi moins franchement partisan de l'opération pour les divisions congénitales ; enfin notre collègue insiste sur l'étendue qu'il faut donner aux débridements pour les fistules accidentelles.

M. Lannelongue, dans une communication postérieure, est venu nous exposer quelques résultats de sa pratique. Divisant d'abord les fissures en partielles et totales, notre collègue fait deux groupes des fissures partielles. Les fissures antérieures compliquent en général le bec-de-lièvre et doivent être opérées avec lui. Les fissures postérieures s'accompagnent toujours de division du voile. S'appuyant sur une statistique dans laquelle, sur cinq malades opérés, il y eut cinq morts et des insuccès nombreux dans le cours de la première année, M. Lannelongue place le moment opportun vers 3 ou 4 ans. Le procédé adopté par notre collègue est celui dit de Fergusson : les lambeaux ostéo-muqueux s'affrontent par de plus larges surfaces; mais il paraît inférieur au procédé de Baizeau dans les fissures étendues de la voûte palatine.

Faut-il ou non chloroformer les malades dans le cas de corps étranger de l'œsophage ? C'est la question que M. Le Dentu a posée à la Société, qui a répondu par la négative, en raison de la suffocation possible. M. Faucon a relaté sur le même sujet deux faits : l'un où le chloroforme a permis de retirer un sou, l'autre où une monnaie de cuivre semble avoir par sa présence dans l'estomac déterminé des accidents généraux qui se sont terminés par la mort.

Le cathérisme œsophagien a été l'objet d'un travail étendu de

la part de M. Chassagny, de Lyon, qui s'est fondé sur les données anotomiques exactes pour modifier la forme des olives en augmentant le diamètre transversal aux dépens de l'antéro-postérieur.

Les faits de corps étrangers du rectum signalés par MM. Tillaux et Gillette ont une telle analogie qu'il est difficile de s'expliquer leur terminaison, funeste dans le premier cas, favorable dans le second. Dans l'un, il s'agissait d'une bougie dont l'extrémité répondait à 30 centimètres de l'anus; dans l'autre, d'un manche de pelle à enfourner le pain, d'une longueur de 22 centimètres. Ces deux tiges avaient été introduites l'une cinq jours, et l'autre trois jours avant qu'on en fît l'extraction à l'aide de tenettes vésicales. Le malade de M. Tillaux a succombé à une péritonite causée par une escharre de l'S iliaque, celui de M. Gillette a guéri sans accidents.

Les hernies ont comme d'habitude fourni matière à plusieurs travaux:

M. Philippe, de Saint-Mandé, nous a apporté plusieurs observations de hernies inguinales irréductibles, et que des injections sous-cutanées de morphine ont rendu instantanément réductibles.

Les cas de guérison de hernies ombilicales étranglées traitées par la kélotomie deviennent plus nombreux. M. Nicaise nous en apporte cette année un beau cas.

La hernie avait le volume d'un œuf de poule, et le sac a été ouvert. Une suture exacte a été faite avec des fils d'argent, la solution phéniquée a été employée, et la région ombilicale a été immobilisée par une large application de collodion.

M. Berger nous avait lu l'an dernier un intéressant mémoire sur les phénomènes nerveux de l'étranglement herniaire, cette année il s'agit des complications pulmonaires. La lecture des observations permettrait d'affirmer que, dans un bon nombre de cas, l'affection thoracique existait depuis plusieurs jours à l'état latent.

M. Mollière nous a adressé un petit mémoire dans lequel il relate une observation qu'il intitule : *Hernie ventrale de la ligne semi-lunaire étranglée et guérie*. L'auteur croit que l'agent de l'étranglement est le ligament de Douglas; ce fait unique encore, comme l'a dit M. Delens, ne suffit pas pour emporter la conviction.

Le traitement des hémorrhoïdes a donné lieu à une discussion des plus intéressantes à propos d'un mémoire de M. Fontan, de Lyon. Du rapport de M. Anger, il résulte que la priorité de la méthode dilatatrice employée par M. Fontan appartient à M. Maisonneuve et à M. Lepelletier, son élève; mais M. Fontan a tiré cette méthode de l'oubli par les développements cliniques qu'il lui a donnés. Disons, avec M. Verneuil, que le rôle de la chirurgie

armée est terminé, en admettant cependant quelques restrictions avec MM. Rochard, Desprès, Anger.

Parmi les polypes muqueux des fosses nasales, les plus rares sont ceux des arrière-narines, dont nous devons l'étude à M. Trélat; c'est un troisième fait à ajouter à ceux de 1874 et 1876.

Les principes de chirurgie conservatrice ont mis en honneur pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens la méthode nasale ; c'est aussi la voie d'extraction la plus facile pour les tumeurs volumineuses ou à surface étendue d'implantation : c'est ce que nous démontre la belle extirpation de chondrome du maxillaire supérieur faite par M. Heurtaux.

M. Desprès nous a rapporté un fait très-rare de fistule de la trachée. Frappé des nombreux insuccès des opérateurs, notre collègue a cherché à les expliquer par l'adhérence de la cicatrice cutanée à la cicatrice trachéale, ce qui détermine des tiraillements incessants. Son procédé, qui a quelques rapports avec celui de Velpeau, consiste à réunir deux larges plis de peau par une suture entortillée, le contact est ainsi le plus immédiat possible.

La trachéotomie a occupé un grand nombre de nos séances, considérée surtout au point de vue du mode de diérèse qui doit lui être appliqué :

Faut-il, ou non, faire la trachéotomie dans le cas de corps étranger de la trachée ? M. Lemée nous a rapporté un cas d'expulsion spontanée d'un haricot au bout de 63 jours ; M. Denucé, de Bordeaux, pose en principe qu'il faut faire la trachéotomie, et cite deux faits à l'appui où il a incisé les parties molles jusqu'à la trachée avec le cautère igné. La question du thermo-cautère se trouva ainsi posée.

Deux rapports de M. Saint-Germain avec discussions et deux mémoires : l'un, très-étendu, de M. Poinsot ; l'autre, sous forme de lettre, où M. Krishaber a consigné le résultat de sa pratique, telle a été la contribution scientifique de la Société. Résumons un peu les faits.

Suivant le conseil de M. Verneuil, il faut éliminer les cas tirés de la pratique infantile et étudier la méthode chez l'adulte.

L'emploi du thermo-cautère aurait pour avantage l'absence d'hémorrhagie immédiate, fait très-important dans une région éminemment vasculaire, l'escharre formée protégerait la plaie contre l'extension de la diphthérie. Quant aux inconvénients, le seul sérieux serait la formation d'escharres dont la cause directe paraît être, suivant M. de Saint-Germain, l'ébullition de la graisse; ajoutons-y, d'après M. Poinsot, un peu plus d'hémorragies secondaires et une cicatrisation un peu plus lente de la plaie.

En résumé, la méthode proposée en 1872 par M. Verneuil

paraît acceptée chez l'adulte par la majorité des chirurgiens, mais la question est une de celles dont nous laissons la solution définitive à nos successeurs.

Le thermo-cautère est-il applicable à l'opération de l'empyème? Telle est la question qui a été résolue négativement par M. Féréol à la suite d'une observation tirée de sa pratique et présentée par M. Tillaux. M. Verneuil, qui a employé trois fois ce procédé, s'est rallié complétement à l'opinion du rapporteur.

Le thermo-cautère est-il applicable à la taille? C'est ce que s'est demandé M. Anger en nous soumettant une observation de taille par cet agent thermique. MM. Verneuil et Guyon ont fait observer qu'il s'agissait seulement des préliminaires de la taille, et que le grand avantage de la diérèse ignée étant l'hémostase, et le thermo-cautère ne pouvant servir à diviser que les parties superficielles, c'est-à-dire celles ou l'hémorrhagie n'est pas à redouter, l'emploi de ce moyen était contre-indiqué.

Les affections du système nerveux ont donné lieu à d'intéressantes communications :

Signalons d'abord les réflexions suggérées à M. Verneuil par la dénomination de choc traumatique appliquée par les chirurgiens anglais à des faits d'ordre très-différents et qui ont besoin d'être étudiés au point de vue physiologique.

La commotion cérébrale a fait l'objet d'un travail de M. Duménil, de Rouen, dans lequel cet auteur, en s'appuyant sur deux observations très-complètes, admet comme entité morbide l'existence de la commotion, et y voit l'expression de troubles circulatoires qui doivent être attribués à une paralysie vaso-motrice portant son action sur divers organes et en particulier sur le poumon.

Nous arrivons à la question des indications tirées des localisations cérébrales pour la trépanation du crâne, mais avant de l'aborder citons deux communications qui n'ont avec cette question qu'un rapport éloigné :

La première est une belle observation de trépanation faite pour un abcès contenant 250 grammes de pus et situé entre le frontal et la dure-mère.

La seconde appartient à M. Berger, il s'agit d'une fracture du crâne avec enfoncement qui donna lieu à des accidents primitifs justiciables du trépan; leur disparition et la guérison du malade firent retarder, puis abandonner l'idée de la trépanation.

Les dimensions de ce compte rendu ne nous permettent pas d'analyser toutes les communications faites à la Société au sujet des localisations cérébrales. M. Lucas-Championnière a lu deux travaux importants. M. Tillaux a fait une très-remarquable communication. M. Perrin a donné le résumé de sa grande expé-

rience sur ce sujet. Enfin M. Le Dentu, dans un rapport de près de 100 pages, a exposé la question d'une façon des plus remarquables au point de vue anatomique, physiologique et clinique. M. Le Dentu a de plus parfaitement posé le problème en ces termes : « Les résultats de l'expérimentation physiologique et de la clinique représenteraient-ils au cas échéant, pour l'intervention chirurgicale, une base suffisamment solide ? voilà le problème qu'il s'agit de résoudre.» Ainsi donc M. Le Dentu, tout en acceptant les résultats de la physiologie, les subordonne ou du moins les met au même niveau que ceux de la clinique ; c'est dans cette voie qu'il faut s'engager.

Deux courants d'idées se sont fait jour au sein de la Société, répondant chacun à des préoccupations spéciales :

Parmi nos collègues les uns se disent : Doit-on appliquer le trépan et à l'encontre de quel symptôme?

Les autres, considérant la première question, la question clinique, comme résolue, se disent : Où faut-il trépaner? Voici une lésion crânienne, quel est le point du cerveau qu'il faut mettre à nu ?

Parmi les orateurs, les uns ont suivi le premier courant d'idées, les autres le second.

Dans la discussion de 1866, les membres de la Société de chirurgie n'avaient pu répondre à la première question, ils n'étaient pas parvenus à tracer les vraies indications de la trépanation, aussi ne faut-il pas s'étonner que certains de nos collègues aient repris le problème où on l'avait laissé.

Parmi ces derniers, nous voyons M. Després qui range la trépanation dans les opérations inutiles. M. Tillaux, à l'instar de M. Gosselin, ne trépane pour les accidents primitifs que dans les cas d'enfoncement du crâne.

M. le professeur Perrin prend pour guide non les mensurations crâniennes, mais les particularités de la fracture même. M. Le Dentu, dans son rapport déjà cité, fait remarquer que partout où il y a une lésion extérieure, les localisations perdent leurs droits, et que le signe extérieur reste le véritable point de repère dont le chirurgien ne peut s'écarter sous peine de faire fausse route.

Ce raisonnement a d'autant plus de force que les résultats pratiques sont encore nuls au point de vue des indications tirées des localisations et que M. Broca seul a été guidé, dans l'application du trépan, par la connaissance des centres moteurs.

On comprend du reste très-bien que la découverte des localisations cérébrales et, comme corollaire, la belle observation de M. Broca aient agi sur certains esprits; mais autre chose est de penser que la physiologie pathologique a fait des progrès et de transporter

ces progrès dans la pratique en disant avec M. Lucas-Championnière : Je préférerais la localisation à une trace de traumatisme éloignée de la région motrice altérée.

Que cette conviction de notre collègue ne puisse se transformer en un précepte scientifique, je ne veux pas en préjuger, puisqu'en définitive la physiologie expérimentale nous montre qu'il y a plusieurs centres qu'on peut avoir la prétention légitime d'atteindre presque à coup sûr ; mais avant d'avoir le droit de porter le trépan sur un point déterminé, il faut que la clinique nous ait très-nettement tracé les règles d'une intervention.

Je m'arrête ici, Messieurs, car je n'ai pas le droit de dépasser le seuil de l'année 1878; mais je puis bien dire que, quel que soit l'éclat de cette discussion dans l'avenir, les travaux qui l'ont si bien inaugurée ne seront pas oubliés. Si vous voulez vous rendre compte du chemin qu'a fait la question du trépan, reportez-vous à vos Bulletins de l'année 1866. Vous y voyez Giraldès, un esprit ouvert pourtant, définir le trépan : opération subordonnée au tempérament du chirurgien ; Dolbeau affirmer que cette question est scientifiquement insoluble; M. Alphonse Guérin, que personne n'est assez préparé pour juger en dernier ressort un problème posé depuis des siècles.

La pathologie des cordons nerveux nous fournit deux travaux intéressants :

L'un, dû à M. Tillaux, est un cas de résection du nerf sous-orbitaire avant son entrée dans le canal du même nom, opération faite pour remédier à une névralgie rebelle; le succès a été complet.

Je signalerai un mémoire de M. Nepveu, très-original et dont M. Verneuil nous a rendu compte. L'auteur nous montre que bien qu'isolés complétement et devenus flottants dans une grande étendue, un nerf moteur, le facial, et un nerf mixte, le sciatique poplité externe, ont conservé l'intégrité de leurs propriétés ; c'est un fait acquis qui peut avoir une grande importance dans la discussion de tumeurs avoisinant les gros troncs nerveux.

Les limites de ce compte rendu me permettent seulement de signaler une observation de guérison de tétanos par le chloral, due à M. le Dr Ganiez, de Darney (Vosges); l'affection est survenue 22 jours après l'ablation d'une tumeur du sein, et 100 grammes de chloral ont été pris.

L'appareil de la vision a donné lieu à un certain nombre de communications :

M. Verneuil nous a présenté deux cas de kystes prélarymaux à contenu huileux qui lui appartiennent en propre; Albert, de Vienne, aurait observé un kyste huileux du sac lacrymal; Weiss, de Prague, un kyste huileux du cou.

La blépharoplastie, comme les autres anaplasties, a été l'objet d'une étude approfondie de la part de M. Verneuil ; ce chirurgien nous a montré un très-beau cas d'ectropion guéri par la fusion temporaire des paupières, et il pense que la suture peut être substituée dans tous les cas à la blépharoplastie. Citons enfin l'intéressante communication de M. Gayet, de Lyon, sur la cautérisation ignée de la cornée.

Nous ne trouvons consigné dans notre Bulletin qu'un petit nombre d'affections du rein. M. Lannelongue a signalé un kyste du rein droit avec thromboses veineuses cérébrales, l'autopsie a été faite avec grand soin et les gaz analysés.

M. Paulet nous a signalé deux faits très-curieux au point de vue du diagnostic. Ces deux malades étaient traités comme atteints de mal de Pott, il y avait une déviation de la taille et des douleurs dans la région lombaire. M. Verneuil diagnostiqua deux fois de suite un cas de lithiase urique avec déviation spasmodique de la taille. Il ne fut plus question d'appareil orthopédique et tout le traitement consista en l'usage des alcalins.

M. Bardy-Delisle nous a fait part d'un cas intéressant de chute sur le périnée suivie d'infiltration d'urine par rupture de l'urètre.

M. Nicaise a relaté une habile extraction d'une tige de blé vert ayant pénétré dans la vessie.

M. Maréchal, de Brest, a donné un moyen efficace et simple d'obtenir l'oblitération des fistules urinaires par la compression digitale à chaque miction; j'en ai obtenu chez un taillé un brillant résultat.

Les cas de calculs dans la vessie ne sont pas très-communs chez la femme.

M. Lemée enleva par la taille uréthrale, chez une petite fille de 9 ans, un calcul de 45 millimètres sur 20 et nous adressa l'observation.

M. Perrier, dans un savant rapport, a donné son adhésion à cette pratique, contrairement à l'opinion de Walsham qui conseille la taille vésico-vaginale par crainte de l'incontinence, opinion erronée que le rapporteur a combattue par des faits. Dans la discussion qui s'éleva, MM. Anger, Paulet et Tillaux citèrent des cas de succès par la taille uréthrale. M. Verneuil classa dans l'ordre suivant les opérations qu'on doit pratiquer chez la femme : en premier lieu la lithotritie, puis vient la taille vésico-vaginale ; chez l'enfant on peut faire, en cas de gros calcul, la taille sus-pubienne. La taille vésico-vaginale, adoptée par MM. Duplay et Lannelongue, a fait l'objet d'une communication de M. Guyon. Sur 4 cas de taille d'après ce procédé, notre collègue n'a eu qu'une mort ; la seule dilatation qu'il ait faite s'est terminée fatalement.

Les tumeurs du sein ont donné lieu à deux communications :

L'une est une ablation d'un fibro-adénome volumineux faite pendant la grossesse par M. Cras, et suivie de réunion par première intention;

L'autre est une tumeur du sein inopérable, au sujet de laquelle M. Le Fort a protesté contre ces cautérisations, aussi cruelles qu'inutiles, auxquelles des malades sont soumises par des médecins sans diplômes.

Les organes génitaux de la femme ont été l'objet de nombreuses présentations.

M. Gueniot a présenté un fait de sclérose des grandes lèvres, qu'il rapproche d'un cas de sclérose du sein, observé par M. Ledentu.

M. Courty nous a lu un travail sur l'opération de la fistule vésico-vaginale en plusieurs temps.

M. Kœberle nous a communiqué un fait des plus intéressants de rétroversion de la matrice, iléus et gastrotomie.

M. Boinet nous a lu un rapport sur un cas de guérison de prétendu kyste de l'ovaire par une injection iodée; le savant rapporteur, en face des omissions faites par notre confrère M. Juge, de Maurice, ne peut se prononcer sur la nature de la tumeur et par conséquent sur la valeur de la méthode.

Il n'est pas d'année où notre Société n'enregistre des observations d'ovariotomies pratiquées avec succès. M. Gillette a fait part de trois opérations, dont deux terminées par la guérison; la troisième était des plus intéressantes, bien que le résultat en ait été funeste. Il s'agissait d'un kyste multiloculaire du ligament large droit dont l'origine semblait être l'organe de Rosenmuller. Dans la discussion qui a suivi et à laquelle ont pris part MM. Houet, Terrier, Polaillon, Auger, il n'a pas paru démontré que l'origine fût le corps de Rosenmuller.

M. Terrier, qui a eu ces derniers temps l'occasion de pratiquer un certain nombre d'ovariotomies, nous a présenté cette année deux faits nouveaux. L'un, qui lui appartient en commun avec M. Verneuil, présente quelques particularités intéressantes. Une pneumonie, avec double thrombose des veines fémorales, avait mis la malade dans un état si grave qu'on hésitait à l'opérer. L'opération fut cependant suivie de succès, l'ovaire sain fut trouvé porteur de petits kystes et resequé. La malade, bien que privée de ses 2 ovaires, présenta une menstruation régulière.

Le 2e fait de M. Terrier a trait à une femme opérée 3 ans auparavant d'un kyste de l'ovaire et morte d'une pleurésie. Le 2e ovaire portait un kyste du volume d'une tête de fœtus et, comme dans le cas précédent, la malade était menstruée. Ces 2 faits confirment la

communication de M. de Sinéty à la Société de biologie d'après laquelle la menstruation n'est pas toujours fatalement liée à l'ovulation spontanée.

La question des amputations de jambe a été souvent agitée dans le sein de la Société, qui a montré sa prédilection pour l'amputation sous-malléolaire d'après le procédé de M. Guyon, qui cette année même nous en a montré deux beaux exemples. Mais lorsqu'il s'agit, comme dans le cas de M. Chauvel, d'amputer au-dessus des malléoles, est-il de précepte de faire l'amputation au lieu d'élection? M. Chauvel a préféré amputer la jambe à la partie moyenne d'après le procédé à 2 lambeaux de Teale. M. Verneuil s'est élevé contre le terme de lieu d'élection et a recommandé d'amputer le plus bas possible.

Beaucoup de tumeurs nous ont été présentées, je ne ferai que passer en revue les principales.

M. Horteloup nous a apporté avec pièce à l'appui une observation de myome de la paroi abdominale. La tumeur, située au pli de l'aine et du volume d'une noisette au début, grossit rapidement, s'ouvrit et donna bientôt issue à des matières fécales; la mort survint sans cachexie, mais par épuisement. Un examen microscopique complet est joint à ce fait, qui paraît unique dans la science.

M. Gillette a présenté un lipome du poids de 12 livres enlevé chez un vieillard de 72 ans; il était sous-musculaire.

Notons aussi la tumeur si intéressante de la paume de la main enlevée par M. Notta et que M. Houel nous a dit être un angiome caverneux.

L'obstétrique a toujours tenu une grande place dans les publications de notre Société. L'honneur en revient au zèle et au talent de ceux d'entre nos collègues qui s'occupent de gynécologie. Un utérus incomplétement cloisonné peut-il être la cause d'une présentation du tronc? telle est la doctrine que M. Polaillon a soutenue devant la société en s'appuyant sur deux faits. M. Blot n'a pas paru convaincu et en l'absence de mensuration du bassin il croit plutôt à un rétrécissement pelvien. M. Gueniot fait remarquer que, si la malformation utérine signalée est la cause de présentation vicieuse, l'effet doit se manifester à toutes les grossesses, c'est donc à l'avenir à trancher la question.

Deux cas de dystocie ont été présentés. L'un est dû à M. Polaillon, c'était un cas d'hydrocéphalie. Le second appartient à M. Lemée de Saint-Sever, qui l'attribue à une contracture anormale du segment inférieur de l'utérus, que l'administration de l'opium a fait cesser.

M. Depaul nous a fait une intéressante communication au sujet d'une tumeur fibreuse adhérente à la paroi postérieure du bassin

et ayant été prise pendant l'accouchement pour un corps fibreux utérin.

Je signalerai encore le fait intéressant de version céphalique par manœuvres externes dû à M. Pinart.

Lorsque l'accoucheur est en face d'une présentation de l'épaule et que l'utérus demeure appliqué sur le fœtus, il ne reste d'autre ressource que la détroncation ou l'éviscération ; c'est cette dernière opération que le Dr Lizé du Mans cherche à faire prévaloir dans un mémoire intéressant qui n'a pas soulevé d'objection dans la Société.

Parmi les nombreux procédés opératoires qui nous ont été exposés, un certain nombre peuvent être qualifiés de procédés nouveaux. Nous allons les examiner rapidement.

Je signalerai en premier lieu l'opération instituée pour la cure du prolapsus utérin par M. Le Fort. Incomplétement satisfait du procédé de Sims, de Baker-Brown, de Hurtler, de Th. Anger, M. Le Fort, en observant ce qui se passait dans l'abaissement de l'utérus, eut l'idée de réunir les parois antérieure et postérieure en formant un cloisonnement du vagin analogue au cloisonnement congénial. Quelle que soit l'incrédulité d'un certain nombre de nos collègues sur la possibilité de guérir le prolapsus utérin d'une manière définitive, disons avec M. Panas que c'est une question qui ne peut être résolue que par les faits.

Les opérations d'ouranostaphyloraphie de M. Trélat, de palatoraphie ostéo-muqueuse de M. Lannelongue ont apporté aux vices de conformation de la cavité buccale de sérieux perfectionnements qu'il serait injuste de méconnaître. Citons enfin l'opération instituée par M. Desprès pour la fermeture d'une fistule trachéale.

Les instruments présentés dans le cours de l'année ont été assez nombreux pour que nous leur consacrions quelques lignes. Relativement à la gynécologie, nous avons à citer l'embryotome de M. Tarnier, le forceps du même auteur, divers instruments présentés par M. Courty, une ceinture pelvienne à pelote par MM. Panas et Tarnier, un pessaire de M. Dumont Pallier. M. de Saint-Germain a montré un ingénieux appareil qui permet d'imprimer au membre atteint de coxalgie tous les mouvements. M. Krishaber a fait construire un conducteur à canule de trachéotomie.

Enfin M. le Dr Bacchi a présenté au nom du Dr Bottini de Pavie deux instruments, un prostatotome et un hystérotome galvanique.

Vous voyez, Messieurs, que notre compagnie, par ses travaux si nombreux, par la cohésion de ses membres, est devenue un centre d'attraction pour les communications de chirurgie; aussi ne faut-il

pas s'étonner qu'en raison même de son autorité on tente de la faire sortir de ses attributions scientifiques.

La Société, par l'organe de deux de ses commissions, a montré que, tout en ne voulant pas s'ériger en tribunal devant lequel on introduirait des revendications de priorité, elle saurait au besoin protester contre les manœuvres honteuses de médicastres sans diplôme qui s'appuient pour exercer l'art de guérir non sur des titres scientifiques, mais sur une autorisation administrative, et, par l'organe de deux de nos plus autorisés collègues, la Société de chirurgie en a appelé au pouvoir législatif mieux informé de tolérances injurieuses pour le médecin, pernicieuses pour le malade.

Éloge de Demarquay,

par M. de SAINT-GERMAIN, secrétaire général.

Jean-Nicolas Demarquay naquit le 14 décembre 1814, à Longueval, petit village du département de la Somme.

Son père, qui exerçait la profession de menuisier, était mort quatre mois avant sa naissance et sa mère se remaria en 1824.

Demarquay avait alors dix ans. Son beau-père, brave cultivateur, à l'écorce quelque peu rude, exigeait déjà de lui une certaine somme de travail ; et si les sévérités d'un père sont le plus souvent tempérées par l'affection née des liens du sang, il n'en est pas de même quand la tâche est imposée par un étranger.

L'enfance de Demarquay ne fut pas heureuse ; travaillant presque tout le jour à la terre, il trouvait à grand'peine le temps d'aller chez l'instituteur de Longueval prendre à la hâte quelques notions de lecture et d'écriture. Aussi son vieux maître disait-il, avec une certaine naïveté, qu'il était rempli de bonne volonté, mais qu'il avait le travail difficile.

Heureusement pour lui, sa mère était là, l'entourant de toute sa tendresse et adoucissant autant qu'elle le pouvait les frottements entre son fils et son second mari. Demarquay conserva toute sa vie une profonde reconnaissance pour elle. A l'affection toute naturelle que l'on doit à une mère, se joignait chez lui un sentiment d'immense gratitude, et c'est d'une sorte de culte qu'il entoura jusqu'à la fin cette femme dont l'esprit et l'élévation d'idées étaient d'ailleurs beaucoup au-dessus du milieu où elle vivait.

Désireux de gagner sa vie sans être à charge à sa famille, Demarquay, sachant bien juste lire et écrire, partit pour Paris.

Il avait alors quinze ans.

Ne sachant à quelle porte aller frapper, il eut la bonne idée de s'adresser à un de ses compatriotes, M. Hénon, qui était à la tête d'une institution de jeunes gens.

Ici commence pour Demarquay une existence de labeur incessant et d'incroyables efforts.

Obligé de gagner son pain, et de reconnaître par les services qu'il pouvait rendre l'hospitalité qu'on lui donnait, il passait tout le jour à surveiller les élèves, à les accompagner au collége, à les répéter dans la mesure de ce qu'il savait : un peu plus que garçon de classe, un peu moins que maître d'étude.

Le soir, retiré dans sa chambre, il se mettait au travail, et souvent la cloche du lever des élèves le surprit sur ses livres. Tant d'efforts devaient être récompensés. Il se présenta au baccalauréat et fut admis.

Certes, c'est peu de chose, et l'on se prend à sourire en voyant ce petit succès relaté dans l'éloge d'un académicien, et pourtant quand je songe à tout le travail ingrat que ce pauvre diplôme à dû coûter, et cela au milieu de cette vie de paria que nous connaissons tous, pour l'avoir observée dans nos années de collége, je me figure que parmi ses titres, le parchemin de bachelier était celui que Demarquay devait regarder avec le plus d'orgueil.

On le voit, les débuts étaient rudes ; mais l'avenir s'éclaircissait, Demarquay s'était fait un ami.

Pendant son séjour à la pension Hénon, il s'était lié avec le fils d'Alexandre Dumas qui était Dumas fils, élève dans la maison et devait être un jour Alexandre. Cette amitié, il la conserva toute sa vie ; la gloire de son ami sera la sienne, et les dernière lignes qu'il tracera seront adressées à l'homme qui aura exercé sur lui la double influence de sa vaste intelligence et de son immense talent.

Le premier pas franchi, Demarquay résolut d'aborder la carrière médicale ; mais il fallait vivre et payer ses inscriptions.

Il donna des leçons de littérature, prépara des élèves au baccalauréat et put consacrer les instants qui lui restaient aux études médicales. Cette vie en partie double nécessitait un travail énorme, et son frère utérin, M. Duroisel, qui habitait alors avec lui, me donnait tout récemment les détails qui suivent sur leur existence en commun dans cette pauvre mansarde de la rue Guénégaud, où par une amère dérision du sort on était réveillé par le bruit argentin des martinets de la Monnaie. Le matin, m'écrivait-il, on se levait avant le jour et on partait le ventre vide : Demarquay courait les hôpitaux et rentrait vers midi. On déjeunait de pain et de fromage, il repartait gagner sa vie, et le soir on allait dîner à prix fixe dans une maison où l'on mangeait juste de quoi ne pas mourir de faim.

Les leçons que donnait Demarquay l'avaient mis en relation avec une famille riche et influente qui l'avait recommandé à Blandin et à Duméril. Reçu dans ces deux maisons, il voua bientôt à Blandin une amitié et un dévouement qui ne se démentirent jamais, et puisa chez Duméril le goût qu'il manifesta plus tard pour les recherches scientifiques et pour les applications de la chimie et de la physique à la thérapeutique chirurgicale.

Il venait, du reste, de franchir le premier obstacle et la position d'interne qu'il venait de conquérir lui ouvrait toute grande la porte des autres concours.

Nommé successivement aide d'anatomie, puis prosecteur, il concourut pour l'agrégation et pour le bureau central. Il échoua dans son concours à la Faculté, et en conçut un chagrin profond; cet échec le poursuivit longtemps, et un de ses amis intimes me disait que le souvenir de la défaite était une plaie mal fermée, que la moindre allusion faisait saigner. Est-ce à cet insuccès qu'il faut faire remonter les inimitiés que l'on sait? doit-on, au contraire, en attribuer l'origine au concours qui fit arriver Demarquay au bureau central, et dont quelques incidents regrettables firent encore ressortir la rapidité peut-être arbitraire à laquelle il dut sa nomination d'emblée à la Maison municipale de santé? je l'ignore, et j'estime que je n'ai point qualité pour faire renaître dans un éloge des débats irritants qui eurent sur la carrière de Demarquay une influence indiscutable. Ses anciens compétiteurs n'oublièrent pas, en effet, qu'au moment de la lutte les armes n'avaient pas été absolument égales, et firent payer plus tard, au chirurgien, par une opposition peut-être un peu trop systématique la faveur dont le candidat avait jadis été l'objet.

Je n'ai connu Demarquay que sur le tard, et l'impression qu'il produisit sur moi est encore très-présente à mon souvenir. D'une taille au-dessus de la moyenne, il semblait vouloir faire oublier par la rapidité juvénile de sa démarche un léger embonpoint qui depuis plusieurs années l'avait quelque peu épaissi; à le voir traverser la cour de l'hôpital, la tête renversée en arrière, le chapeau découvrant le front qu'il avait très-large, la poitrine en avant, on l'eût cru beaucoup plus jeune qu'il ne l'était en réalité, et si l'on se rappelle l'air quelque peu impertinent que lui donnait l'usage habituel du pince-nez, et qui le faisait regarder de haut, le sourire parfois railleur qui tempérait ce que sa figure épanouie avait de trop bienveillant, l'aisance avec laquelle il portait un costume de fantaisie et toujours du bon faiseur, on eût été fort embarrassé de reconnaître en lui un médecin. Il rappelait plutôt la désinvolture d'un homme de finances.

Sa main n'était pas belle, mais puissante; ses doigts trop gros

rachetaient par leur dextérité leur peu d'élégance et l'on était quelque peu surpris de leur voir exécuter les opérations les plus délicates.

C'était un véritable tour de force que sa visite quotidienne à la Maison de santé. Il faut avoir passé, comme je l'ai fait, quelque temps dans cette maison pour se rendre compte des difficultés inhérentes à un service où les malades puisent une double exigence dans leur position intermédiaire entre la pauvreté et l'aisance et dans l'argent qu'ils ont versé. Demarquay traversait les chambres et les corridors toujours courant, ouvrait une porte, disait un mot encourageant au patient, passait à un autre, s'en tirait avec un compliment, et ne s'arrêtait que près des malades qui réclamaient des soins assidus. Il consultait les autres, les valides, dans l'escalier, dans les cours, dans la rue, un pied dans sa voiture et trouvait le moyen de contenter tout le monde. Il aimait ses élèves, et ses élèves l'aimaient. Il appartenait du reste à ce groupe si restreint aujourd'hui de chirurgiens qui font travailler autour d'eux, et qui constituent un véritable foyer intellectuel. A eux seuls appartient en réalité le titre de maîtres, puisqu'eux seuls savent former des élèves. Demarquay faisait donc travailler ses internes, ses externes ; il travaillait avec eux, et c'est de cette collaboration qu'est sortie cette masse imposante de mémoires, de notes, de communications dont le chiffre s'élève à 137.

C'est ainsi qu'il publia : les *Recherches expérimentales sur la température animale*, les *Applications de la glycérine à la chirurgie*, le *Traité des tumeurs de l'orbite*, *Essai de pneumatologie médico-chirurgicale*, la *Dégénération des organes en physiologie et en chirurgie* et les *Recherches cliniques sur les lésions osseuses par armes de guerre*.

Si l'on ajoute des articles du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, tels que avant-bras, bec-de-lièvre, chaleur animale, côte et exophthalmie, et parmi les nombreux mémoires cités plus haut, l'absorption par les plaies, l'action combinée de l'opium et du chloroforme dans la pratique chirurgicale, l'enchondrome de la région parotidienne, le galactocèle testiculaire, les tumeurs érectiles des muscles, le cancer primitif du larynx, etc., on aura une certaine idée de la production extraordinaire de Demarquay. Son activité était du reste extrême. Il aurait voulu communiquer à tous l'ardeur qui l'animait ; il stimulait le zèle des élèves, le trouvait généralement tiède, et ne comprenant pas qu'ils passassent devant des faits intéressants sans les noter et les étudier ; il leur proposait sans cesse des questions à élucider, leur indiquait des sujets de thèse, les engageait à faire des publications et de toute manière les poussait au travail. Il obéissait en cela à un besoin de sa nature.

J'aurai, disait-il à son ami le Dr Saint-Vil, qui me rapportait ses propres paroles, j'aurai agité bien des questions ; ce qui est mauvais sera rectifié ou sera non avenu ; ce qui est bon restera.

Ennemi de la routine, il accueillait avec empressement toutes les choses nouvelles, les expérimentait volontiers dans son service, qu'elles eussent trait à la chirurgie, à la médecine ou même à la physiologie. Il avait du reste une prédilection toute particulière pour les expériences physiologiques, et il s'y livrait dans un petit laboratoire créé par lui à la Maison de santé. C'est dans ce laboratoire qu'il s'est occupé de la réparation des tendons, de diverses expériences sur le système osseux, de recherches sur la septicémie. Il lui manquait une condition indispensable à l'expérimentateur : le temps. Ces travaux ne pouvaient être que hâtifs et devaient manquer un peu de suite ; car il ne pouvait leur consacrer que le temps qui s'écoulait entre son service d'hôpital et ses occupations professionnelles.

Il apportait dans ses communications faites aux sociétés savantes une trop grande précipitation et se hâtait trop de conclure. Cette activité fébrile, il l'apportait dans son débit, et vous pouvez vous souvenir qu'on avait une certaine difficulté à le suivre. Il aurait eu la parole facile s'il eût su la mieux régler ; mais à peine avait-il prononcé les premières phrases de sa communication d'une voix forte et bien timbrée, qu'il oubliait de prendre un temps pour respirer, accumulait les périodes les unes sur les autres, et, le souffle finissant par lui manquer, sa voix s'éteignait dans une sorte de râle sourd; il respirait alors bruyamment et reprenait avec un éclat de voix qui ne faisait que mieux ressortir le vice de sa méthode. Ajoutons qu'à la fin de sa carrière l'emphysème dont il était atteint augmentait encore cette disposition.

Aimé des malades de la Maison de santé dont il était l'âme, Demarquay avait le même succès dans sa clientèle. S'il avait en effet parfois des moments de brusquerie avec ses élèves ou même avec les assistants, il était toujours d'une très-grande douceur avec les malades, les interrogeait avec bienveillance, arrivait à les distraire en leur parlant de choses étrangères à leur affection, et leur faisait oublier leur mal tout en arrivant à leur convaincre de tout l'intérêt qu'il leur portait. Ce don tout naturel chez lui et qui avait pour base une bienveillance innée, souvent poussée à l'extrême, faisait de Demarquay un charmeur; aussi ses malades devenaient-ils souvent ses amis, et cherchaient-ils à continuer les relations si passagères le plus souvent entre le chirurgien et l'opéré. Conscient de la sympathie qu'il inspirait et qui s'exerçait plutôt sur les personnes étrangères à la médecine que sur ses confrères, Demarquay, le soir venu, aimait à fréquenter le monde, soit qu'il voulût ainsi se

reposer d'une journée de labeurs, soit qu'il sentît péniblement l'isolement de la solitude; il passait quelques heures à son cercle, où il dînait le plus souvent, et de là se rendait chez quelques-uns de ses riches clients, où il était toujours reçu à bras ouverts. Il était très-fier de cet accueil et en éprouvait un vif plaisir. Il semblait alors mesurer la distance parcourue par lui et ressentait un véritable orgueil à se voir choyé par les puissants de la terre, lui naguère si humble et si délaissé. Les honneurs lui étaient aussi très-sensibles, et ses amis se rappellent encore la joie d'enfant avec laquelle il reçut sa croix d'officier de la Légion d'honneur. Malgré cette tendance, il sut résister au désir de briguer des fonctions publiques et ne se présenta qu'une fois, pour ainsi dire malgré lui, au conseil général de son département.

Plus tard il résista aux sollicitations de ses amis, dont quelques-uns étaient puissants et le dirigeaient vers le même but. C'est en vain aussi qu'il fut sollicité en 1868 de se présenter à la députation. Si plus tard il fut maire de son pays, ce fut dans le seul but d'être utile à son village. Sans parler des dons considérables qu'il a faits à Longueval, c'est là qu'il trouvait l'occasion d'exercer sa grande bonté. Il partait souvent le samedi soir ou le dimanche matin, se dérobant à ses nombreuses occupations de la ville, parcourait avant l'aube ses plates-bandes et recevait avant son déjeuner les nombreux malades qui lui étaient adressés des environs, et leur donnait des consultations qui, pour être gratuites, n'en étaient pas moins faites avec le plus grand soin. Demarquay craignait du reste de passer pour un homme d'argent, et je suis convaincu que le désintéressement était une de ses qualités. Plusieurs confrères de province, et entre autres un ami commun, le Dr Sergent, m'ont affirmé que souvent Demarquay s'était déplacé à leur premier appel sans conditions et s'était toujours contenté, et cela de la meilleure grâce du monde, d'une rémunération bien légère, si on la met en ligne de compte avec le temps qu'il perdait. Autre détail touchant : il consacrait tous les ans une somme de douze à quinze cents francs à aider quelque pauvre artiste dans le besoin, lui déguisant ainsi par l'achat d'une toile sinon sans valeur, au moins sans notoriété, un don que sa fierté l'eût empêché d'accepter.

On le voit, plus on étudie l'homme, plus on constate chez lui la qualité dominante : la bienveillance. Ses rapports avec ses confrères étaient d'une très-grande aménité, et ses frottements avec le monde lui avaient même donné la force de dissimuler ses antipathies et de refréner ce que son caractère avait de violence naturelle. Il n'en avait pas toujours été ainsi.

Un soir, c'était chez un de ses amis les plus intimes, un chiromancien bien connu avait déjà examiné quelques mains. Demar-

quay, qui lui était absolument étranger, lui tendit la sienne. Après quelques secondes d'examen : Vous avez dû tuer quelqu'un dans votre vie, s'écrie l'oracle.—Je suis chirurgien, dit modestement Demarquay. — Ce n'est pas ainsi que je l'entends, vous avez dû dans votre vie commettre un meurtre, ou si vous ne l'avez pas fait, cela a été par une circonstance indépendante de votre volonté. A ces mots, Demarquay se troubla, rougit, se mit à rire avec affectation et ne tarda pas à se retirer. On venait de lui rappeler, en effet, par le plus grand des hasards, qu'à l'âge de 15 ans, se croyant insulté à la suite d'une vive discussion avec un de ses parents, il s'était saisi d'une fourche et avait vigoureusement chargé son adversaire, qui n'avait dû son salut qu'à une prompte fuite.

Demarquay aimait à raconter qu'il avait fait tout au monde pour sauver un des martyrs de la Commune. Mêlé, en effet, par la nature même de ses fonctions, dans les ambulances aux conversations des fédérés, il avait surpris un colloque dans lequel plusieurs dignitaires de la Commune parlaient de la décision prise d'arrêter comme otage l'archevêque de Paris. Il se rendit aussitôt à l'archevêché, offrit à Mgr Darboy un sauf-conduit qu'il s'était procuré non sans peine, et lui proposa de quitter Paris. L'archevêque demanda quelques minutes pour réfléchir; puis, revenant calme et souriant : Mon bon ami, dit-il, je vous remercie de votre dévoûment. Dieu m'ordonne de montrer à mon clergé et à tous l'exemple du courage et du sacrifice.

Une autre anecdote du même temps nous montre que Demarquay ne s'employait pas seulement à sauver les otages de distinction. Les prisonniers fédérés affluaient à Versailles et subissaient aussitôt un interrogatoire sommaire, suivi souvent d'une exécution rapide.

Un jour un grand gaillard portant la capote militaire répond au commissaire instructeur : Je suis un des brancardiers de l'ambulance du Dr Demarquay. Un témoin de cette scène se prend de pitié pour cet homme, part pour Paris et fait part à notre collègue de ce qui se passe. Le lendemain à 6 heures du matin, Demarquay était à Versailles et enlevait son brancardier.

Nous voici arrivés à la fin de la carrière de notre collègue. Nommé commandeur de la Légion d'honneur pour les services rendus durant le siége et la Commune, Demarquay a vu s'ouvrir devant lui les portes de l'Académie de médecine. Sa notoriété est considérable. Il est arrivé à son apogée. Exemple frappant de ce que peuvent la ténacité et le travail, servis par de puissants organes régis par une volonté de fer, Demarquay s'est frayé péniblement, comme le bœuf trace son sillon, un chemin dans la vie, sans se laisser séduire par les fleurs de la prairie, ni arrêter par les ronces

du chemin. Quand il a eu franchi les premiers obstacles, la fortune, jusque-là si marâtre, se prend d'amitié pour cet audacieux; elle fait de lui son enfant gâté et, ne lui refusant rien, lui souffle l'ambition d'arriver à tout. *Quo non ascendam?* paraît être sa devise, et il veut confondre dans une même étreinte les succès dorés de la clientèle et les sévères lauriers de l'Institut. Là est sa faute : car le souffle lui manque et les déceptions arrivent. Son moral s'altère; une sombre tristesse s'empare de lui; il ne fréquente plus ses amis et trouve en rentrant chez lui son foyer bien seul et bien froid. Il lit alors et relit une lettre qui ne le quitte pas, et que l'on trouvera sur lui après sa mort. C'est une lettre que lui a adressée son ami le plus cher, dans une circonstance où Demarquay, voulant se marier, croyait avoir trouvé une femme suivant son cœur.

Cette lettre l'a dissuadé ; il le regrette peut-être.

Cependant sa santé s'altère visiblement; depuis quelque temps déjà un sommeil de mauvais augure vient l'accabler presque constamment; son teint jaunit.

Enfin un vomissement de sang survient, Demarquay se sent touché. Sa robuste constitution a tressailli sous le choc, il ne veut point rester à Paris. La mort a sa pudeur; il veut s'éteindre à Longueval, entouré des siens, et part en laissant brusquement sa clientèle, au milieu d'un concours d'agrégation dont il était juge en sa qualité de membre de l'Académie de médecine. Puis, qui sait? l'air natal a de mystérieuses propriétés et tout n'est peut-être pas perdu. Pourquoi ne serait-ce pas de l'anémie, comme ses amis le lui ont répété ?

Hélas! l'illusion est de courte durée. Ses forces s'épuisent, ses jambes s'infiltrent. Il provoque une consultation et démêle sans peine, au milieu des consolations qu'on lui prodigue et des pieux mensonges dont on veut l'abuser, sa condamnation sans appel.

Il s'occupe alors de bien mourir, s'enferme de longues heures avec l'instituteur de Longueval et dicte ses dernières volontés. Une consolation suprême lui est pourtant réservée. Un de ses élèves, un de ses amis, Cazalis fils vient s'installer près de lui. Il se fait lire par lui sa correspondance, et lui dicte les réponses. Celles-ci sont toujours calculées de façon à cacher son état réel, même à ses plus intimes amis.

Le fatal dénouement est proche. Un vomissement abondant de melœna lui arrive au milieu d'une promenade en voiture; à partir de ce moment il refuse de sortir et fait venir le curé d'un village voisin, un de ses anciens camarades d'école, et, comme me l'écrivait Cazalis, un de ces héros obscurs qui s'enferment dans un village et refusent tous les honneurs qu'on leur offre, un vieux prêtre

connu de tout le département, et qui pendant deux terribles épidémies de choléra a été le médecin, le garde-malade, le fossoyeur de son troupeau. Après une longue conférence avec lui, il reçoit les derniers sacrements avec une fermeté remarquable. Le lendemain, les douleurs redoublent, il les supporte avec un courage stoïque, et c'est avec peine que Cazalis lui fait prendre un calmant vers le soir. A 10 heures on vient réveiller celui-ci. C'en était fait, Demarquay venait d'expirer.

J'ai sous les yeux son testament. Il commence ainsi : Je remercie Dieu de tout le bien qu'il m'a fait, et je pardonne le mal qui m'a été fait.

Il a légué dix mille francs à la Société de chirurgie.

De Saint-Germain.

Séance du 23 janvier 1878.

Présidence de M. Félix Guyon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine pour Paris et pour la province ;

2° La *Folie à deux*, par MM. les Drs Ch. Lasègue et J. Falret ;

3° La *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie ;*

4° Les *Annales de gynécologie ;*

5° La *Revue des sciences médicales* en France et à l'étranger ;

6° Le LXe volume des *Transactions médico-chirurgicales ;*

7° La *Cronica medico-quirugica de la Habana ;*

8° L'*Encyclopédie médico-chirurgicale pharmaceutique de Barcelone ;*

9° Six mémoires de M. le Dr Biagio Miraglia, de Naples, relatifs à la phrénologie ;

10° *The British medical journal ;*

11° La *Gazette médicale Italienne-Lombarde ;*

12° La *Gaceta de sanidad militar de Madrid ;*

13° *Medicinisch. chirurgische Rundschau ;*

14° Une lettre de M. le préfet de la Seine, dans laquelle il transmet une ampliation du décret du 10 décembre 1877, autorisant la Société de chirurgie à accepter le legs de feu Demarquay ;

15° Une observation du Dr Cazin, membre correspondant, rela-

tive à *un anévrysme de la carotide interne dans le sinus caverneux* (lecture est donnée de cette observation par le secrétaire général) ;

16° Des lettres de remercîment de MM. les Drs Poinsot, Valtat, Roux (de Brignoles) et Paquet (de Lille);

17° Une observation de *calcul salivaire*, par le Dr de Labordette, de Nice (rapporteur : M. DESPRÈS);

18° Une observation avec pièce de *calcul salivaire*, de M. Bertin, de Gray (rapporteur : M. DESPRÈS);

19° Un travail de M. le Dr Perrochaud, médecin en chef de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer, relatif aux résultats obtenus par le traitement maritime sur le mal de Pott;

20° Une étude médico-légale sur les *déchirures de l'intestin dans les contusions de l'abdomen,* par M. le Dr Maurice Laugier ;

21° Une note sur le *traitement des affections blennorrhagiques par le baume de Gurjius*, par le Dr Vidal.

M. PANAS, président sortant, adresse l'allocution suivante :

Avant de quitter le poste où votre bienveillance m'a placé, permettez-moi encore une fois de vous adresser mes remercîments. Je le fais avec d'autant plus de plaisir que celui qui est appelé à me remplacer est non-seulement mon ami, mais un esprit distingué qui saura donner à vos travaux toute l'impulsion voulue. J'invite donc M. Guyon à prendre place à ce fauteuil d'honneur que votre urbanité parfaite sait rendre sans pareil.

M. GUYON, prenant le fauteuil de la présidence, s'exprime en ces termes :

Mes chers Collègues,

Les devoirs de la reconnaissance sont ceux dont je dois m'acquitter tout d'abord en prenant possession de la place d'honneur à laquelle m'ont élevé vos suffrages. Ces devoirs sont agréables et faciles à remplir. Il m'est particulièrement doux de vous remercier et de vous prier de joindre vos remercîments aux miens, pour notre honorable président et pour le bureau sortant.

La présidence de la Société de chirurgie impose d'autres devoirs et procure d'autres satisfactions. C'est une situation enviable que

celle qui confère le droit de diriger vos travaux. La tâche est cependant délicate et difficile. L'ordre du jour de vos laborieuses séances réserve une part au passé, ne refuse rien au présent et ne craint pas d'engager l'avenir. Et tandis que de grandes discussions sont encore inscrites, attendant leur heure, les communications et les rapports se pressent à l'envie, des discussions imprévues surgissent et l'intérêt des questions qui les provoquent oblige à leur accorder une admission d'urgence. Le temps seul fait défaut pour donner satisfaction à tous ceux que le désir de servir la cause de la chirurgie attire et groupe dans cette enceinte.

Le but des chirurgiens éminents qui furent nos fondateurs est atteint; le courant scientifique qu'ils ont voulu créer prend chaque année une nouvelle importance. L'activité dont la Société de chirurgie est le foyer résulte à la fois des communications des savants étrangers à notre compagnie, du zèle de ses membres, et nous ne saurions le méconnaître, de la très-large publicité que la presse scientifique consacre à nos séances. La régularité absolue de nos propres publications est un élément des plus nécessaires à l'avenir de notre œuvre; nous ne pouvons trop recommander à la sollicitude et au zèle de nos secrétaires cette partie si importante de nos travaux.

Rien ne peut être négligé pour faire honneur au nombre croissant de ces communications toujours pleines d'intérêt, dues à nos correspondants, à celles de nos membres résidants et à ces rapports que nous voyons avec tant de satisfaction devenir nombreux. Ils permettent, vous en avez eu la preuve, d'étudier dans leur ensemble et leurs détails des questions de premier ordre, qui ont le plus souvent l'attrait de l'actualité ou même de la nouveauté.

Cette activité et cette ardeur, il est de notre intérêt de le constater, ne sont pas seulement l'apanage de ceux de nos collègues qui ont encore le privilége d'être jeunes. Ceux que l'ancienneté du titre de membre de la Société de chirurgie range parmi les aînés ne leur cèdent en rien. Leurs noms autorisés sont toujours militants et figurent à l'ordre du jour de la plupart de nos séances.

La chirurgie, dont la puissance a de tout temps frappé l'imagination et que Celse célébrait en écrivant : « Chirurgiæ effectus inter omnes medicinæ partes evidentissimus, » la chirurgie aurait-elle aussi pour effet de conserver au cœur et dans l'esprit de ceux qui l'aiment et la cultivent avec ardeur la chaleur de sentiments et la vigueur intellectuelle nécessaires à la poursuite du progrès? Aurait-elle le don de ranimer nos forces toutes les fois que nous touchons à une question de science ou de pratique?

Je puis compter sur l'attachement si vif que vous portez à notre

Société, sur la passion qui vous anime pour le perfectionnement de la science chirurgicale et l'extension des ressources de la pratique, pour simplifier ma tâche.

J'aurais cependant encore le droit de craindre et de me demander si l'opinion de l'auteur des *Maximes* ne sera pas une fois de plus justifiée? Ce grand et inexorable observateur a pris soin de nous avertir : qu'il est plus facile de paraître digne des emplois qu'on n'a pas, que de ceux que l'on occupe.

Pour me rassurer, je devrai m'inspirer des exemples de mes prédécesseurs; ce sont leurs traditions qui me serviront de guide. Je ne puis d'ailleurs douter de votre bienveillant concours, car j'aime à me souvenir des témoignages de confiance que vous m'avez donnés, en m'appelant successivement aux fonctions les plus actives de votre bureau.

L'année 1878 est de celles qui attireront particulièrement l'attention de tous sur ce qui se fait en France; vous voudrez sans doute, mes chers collègues, que nos séances aient plus encore que jamais l'intérêt et l'importance qui leur sont habituels.

La Société de chirurgie de Paris n'aura pas, j'en suis sûr, à souffrir de ce que l'on appelle : les douleurs de la comparaison.

Anévrysme de la carotide interne dans le sinus caverneux,

Par le Dr Cazin, membre correspondant à Boulogne-sur-Mer.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un de mes clients, M. L..., âgé de 57 ans, affecté d'une dilatation anévrysmale de la carotide interne gauche.

Les antécédents ne donnent aucun renseignement bien important. Il n'existe aucun cancéreux dans les ascendants, mais j'ai soigné un de ses frères pour une tumeur maligne du pancréas. Pas de syphilis antérieure, mais des habitudes alcooliques assez prononcées. Jamais d'otite purulente. Il a eu trois enfants, tous actuellement bien portants. Il ne se rappelle pas avoir eu de maladie sérieuse, ni fait de chute grave, ni avoir reçu de coup sur la tête. Il a ordinairement une soif vive, et je l'ai traité pour un anthrax de la nuque, il y a quelques années; cependant l'analyse des urines plusieurs fois répétée n'a jamais décélé de traces de glucose.

Il y a environ dix-huit mois, il commença à ressentir des sifflements dans l'oreille gauche, perceptibles surtout lorsqu'il était couché et lorsqu'il s'appuyait du côté correspondant. Ce phénomène le fatigua d'abord beaucoup, mais il s'y habitua petit à petit et ne m'en entretint même pas.

Il y a un mois, il vint me consulter parce que tout d'un coup, la veille, par un temps très-froid et humide, conduisant une voiture découverte, il avait *vu double* et avait été obligé de remettre les guides

à son cocher. Il existait en effet un strabisme convergent de l'œil gauche. De prime abord, je fus porté, vu les circonstances où le trouble visuel s'était produit, je fus porté, dis-je, à considérer la paralysie du muscle droit externe comme de nature rhumatismale. En questionnant mon malade, je ne tardai pas à modifier ma façon de penser. Quand il m'apprit qu'il éprouvait des sifflements dans l'oreille, et que sa femme avait pu les entendre, mon attention fut nécessairement éveillée d'un autre côté.

Ce bruit, isochrone aux battements du pouls, n'est ressenti par le malade que dans l'oreille gauche. Il n'existe de surdité, ni de ce côté, ni de l'autre. Le tic-tac d'une montre est perçu nettement à plus de 30 centimètres.

En appliquant l'oreille contre celle de M. L..., on entend un bruit de souffle aigu légèrement rapeux, mélange de sifflement et de piaulement rappelant très-bien le cri plaintif du vanneau, intermittent, synchrone aux battements artériels. Dans l'intervalle des sifflements, il y a silence complet, sans la moindre apparence de souffle doux et continu. Avec l'aide du stéthoscope, il m'a paru que les phénomènes que je viens de décrire étaient moins nettement appréciables. Aussi est-ce avec l'oreille seule que j'ai pu percevoir le souffle au niveau de l'oreille droite (côté opposé à celui où le malade a seulement conscience du bruit anormal), sur les deux bosses frontales, sur les deux yeux et même jusqu'au sommet de la tête, point où il a son minimum d'intensité. Le maximum m'a paru siéger à l'apophyse mastoïde gauche.

La compression de la carotide primitive droite n'influe en rien sur la production du souffle, tandis que du côté gauche, ce dernier cesse entièrement et reprend dès que la pression n'a plus lieu.

Ce bruit n'a jamais été suspendu depuis dix-huit mois, me dit le malade; avant-hier seulement il a disparu pendant 10 minutes; puis il a recommencé avec la même intensité. Cette dernière varie peu avec les mouvements ou la position occupée par la tête et le malade peut se baisser sans gêne. La fréquence seule est en rapport avec toutes les causes d'excitation qui activent la circulation.

Le stéthoscope appliqué sur les vaisseaux du cou ne permet de saisir aucun bruit de souffle, comme cela a été noté dans quelques observations.

Il n'existe ni exophthalmie, ni battements transmis au globe oculaire appréciables à la vue ou au toucher. Il n'y a pas de congestion conjonctivale ou scloroticale.

L'examen ophthalmoscopique permet de constater que le fond de l'œil est dans le même état des deux côtés et présente une disposition normale.

Les pupilles sont égales, peut-être y a-t-il un peu de paresse de l'iris du côté gauche.

Le strabisme en dedans est absolu, c'est-à-dire que la paralysie du nerf moteur oculaire externe est complète. La diplopie ne cesse de se produire que quand le malade dirige ses regards fortement à droite; seulement alors les axes visuels sont harmonisés, et l'existence de la

vision monoculaire vient encore prouver l'intégrité du nerf optique.

Aucune insensibilité de l'œil ou du voisinage, aucune douleur, aucune névralgie, par conséquent le nerf ophthalmique de Willis n'est pas compromis, pas plus que le moteur oculaire commun.

Il n'y aucun phénomène cérébral à noter; la mémoire est bien conservée; peut-être observe-t-on un peu plus d'irascibilité.

L'état de la santé générale est excellent; j'ajouterai que les artères du poignet ne présentent aucune apparence d'infiltrations athéromateuses. Rien au cœur.

Vis-à-vis de ce symptôme presque pathognomonique, souffle entendu par le malade et par le médecin, avec les caractères assignés plus haut, et de la paralysie de la sixième paire, je n'ai pas hésité à porter le diagnostic de dilatation anévrysmale de la carotide interne gauche. J'ai même cru pouvoir préciser son siége sur un point de l'artère situé dans la partie inférieure du sinus, puisque le moteur oculaire externe seul a été comprimé, et l'on sait qu'il est le plus inférieur des nerfs qui traversent ce sinus.

Cette situation probable rend compte de l'absence des phénomènes cérébraux.

Quelle est la conduite à tenir?

Faut-il, dans la crainte d'une rupture du sac observée dans certains cas, mais plus spécialement sur les jeunes sujets, entreprendre une intervention chirurgicale aussi grave qu'une ligature ?

Ne vaut-il pas mieux attendre pour en arriver à cette extrémité, qu'avec de nouveaux progrès de la poche anévrysmale, des phénomènes de troubles circulatoires du côté du cerveau ou des symptômes de compression commencent à se produire ?

Si nous en arrivons là, quelle artère faudra-t-il lier, le tronc commun ou la carotide interne ?

Jusque-là, ne serait-il pas sage de tenter la compression digitale de la carotide sur le tubercule carotidien, quelque douloureuse et pénible qu'elle ait été, parce qu'elle a donné quelques succès, entre autres au Dr Vanzetti?

La littérature médicale anglaise renferme un cas de guérison spontanée d'un pareil anévrysme, et la suspension momentanée du bruit anormal dans le cas qui m'occupe n'est-elle pas l'indice d'une tendance à la formation de caillots?

C'est sur tous ces points que je serais heureux d'avoir l'avis de mes honorables collègues de la Société de chirurgie.

Discussion sur le trépan.

M. Lucas-Championnière. J'ai écouté avec grand soin le discours de M. Desprès, mais je dois avouer que je n'ai pas trouvé de raisons suffisantes pour partager avec notre collègue son opposition pour le trépan.

Au point de vue historique, M. Desprès ne nous a pas apporté de nouveaux matériaux.

Je ne puis pas accepter la manière dont M. Desprès emploie les statistiques, car je trouve qu'il cherche trop à les faire concorder avec les opinions qu'il soutient; ainsi il rejette la statistique de M. Lefort, qui est une des plus soignées et des plus sérieuses, tandis qu'il accepte celle de Blum, dont les éléments sont des observations les plus disparates.

Quant à la statistique des plaies de tête observées par les Anglais en Crimée, que M. Desprès a citée d'après M. Legouest, je ne comprends pas son importance, puisque affirmant 100 0/0 de morts par la trépanation et, chez les Français, des guérisons sans trépanation, M. Legouest est peut-être le plus partisan de la trépanation. Il faut croire que certaines circonstances lui retirent de son importance.

La statistique de la guerre de la sécession est très-favorable à la trépanation, mais il ne faut pas la comparer, comme le fait M. Desprès, avec celle que peuvent donner les plaies de tête observées en une année dans les hôpitaux de Paris.

Si on veut la comparer à quelque chose, il est préférable de rechercher quelle a été la mortalité des plaies de tête par armes à feu dans la guerre de la sécession.

Il y a eu 4,350 cas de plaies de tête par armes à feu, sur lesquels il y a 2,514 morts, soit 57,79 0/0; on voit qu'il serait injuste de dire que l'intervention a tué des blessés, puisque sur 229 cas de trépanation il y a 111 guérisons, ce qui donne 55 0/0.

Les faits tirés de la pratique de M. Desprès ne m'ont pas convaincu, et je dirai que je ne puis accepter la manière dont M. Desprès a fait la critique des observations que nous avons apportées à cette tribune, car il y a eu des erreurs de date que je n'ai pas pu laisser passer et qui enlèvent toute valeur à son argumentation :

Ainsi, mon malade a été opéré le 7e jour, et non pas de suite après l'accident, et M. Broca a opéré le sien après six semaines, au lieu de 12 jours.

Quant à dire que nos opérés étaient des enfants, je crois qu'il suffit de lui rappeler que le mien avait 26 ans, tandis que le cas qu'il a cité d'une guérison sans trépanation a trait à un enfant.

J'ai eu raison d'appeler l'attention sur la grande difficulté qu'il y a à établir un diagnostic exact, mais nous ne trépanons pas, comme le dit M. Desprès, pour des lésions non traumatiques dont les symptômes sont identiques à ceux des lésions traumatiques.

Dans son ardeur à défendre son sujet, M. Desprès a été certainement plus loin qu'il ne le voulait, car il est arrivé à soutenir

des faits contradictoires sur la tolérance et la susceptibilité du cerveau.

Je crois qu'il est inutile d'aller plus loin et de rien changer aux propositions que j'ai formulées :

Bénignité relative de la trépanation, surtout faite avec la méthode antiseptique;

Importance des signes tirés des localisations cérébrales, qui ajoutent en chirurgie des notions de haute valeur et peuvent être utilisées comme indications de précision, comme guide dans certains cas particuliers.

Enfin, je continue à placer au premier rang des indications de la trépanation la paralysie immédiate, primitive. Un seul orateur apporte des arguments contre ce que mes paroles pouvaient avoir d'absolu, et je reconnais qu'il y a lieu de tenir compte du remarquable fait de M. Perrin.

Mais en présence du nombre considérable des faits que j'ai étudiés, je me tiens sur la réserve, et pour me faire changer d'opinion il me faudrait une série de cas semblables. Je le dis d'autant plus volontiers que M. Lefort, qui est loin d'être un des partisans les plus ardents de la trépanation, a nettement reconnu, comme la plus urgente des indications, la paralysie.

Il pensait qu'on pouvait être arrêté dans le choix du siége de l'opération. Il aura aujourd'hui des guides sûrs qu'il ne récusera certainement pas et qui l'encourageront encore à trépaner.

Je crois donc fermement que les localisations cérébrales d'une part et la méthode antiseptique de l'autre vont faire faire un retour efficace vers la trépanation.

Que l'on n'oublie pas du reste que ce n'est pas la gravité propre de l'opération ou son inutilité qui en a détourné.

La gravité des complications possibles ont arrêté seules les chirurgiens. Cette cause a été indiquée par tous. Elle a été formulée nettement par Desault et Bichat dont on invoque si souvent le nom.

Il faut arriver à Gama et Malgaigne pour voir invoquer réellement contre le trépan des arguments d'un autre ordre. Et dans l'ouvrage de Malgaigne, ce n'est certes pas sa physiologie pathologique du cerveau qui lui fera le plus grand honneur. Quant à Gama, on peut y trouver les plus curieux exemples de la négation de parti pris des résultats d'une opération ; quelque effort qu'on fasse pour le dépasser, on n'y arrivera pas.

C'est lui qui rappelle l'observation de cet individu qui, *immédiament* après la trépanation, voit disparaître la paralysie, et il ajoute que l'écoulement du sang pendant l'incision des téguments avait été la cause de la guérison. On ne dira rien de mieux pendant

la discussion des observations dont on ne veut à aucun prix reconnaître l'importance.

La réaction se fera. Déjà à l'heure actuelle des partisans de la trépanation se montrent même parmi ceux qui sont moins résolus que moi-même. M. Perrin ne la repousse pas, M. Le Dentu est presque de mon avis, et j'entendais tout récemment M. Trélat développer une opinion très-nettement accusée sur la nécessité de trépaner tout individu atteint d'enfoncement. Je ne parle pas de ceux, bien autrement nombreux, qui n'ont pris aucune part à notre discussion.

M. Lefort. Je ne veux pas entrer dans la discussion, mais je tiens à poser en principe que je suis partisan du trépan, et que c'est en grande partie pour réagir contre les idées de Malgaigne que j'ai fait le travail que plusieurs de mes collègues ont cité dans la discussion. Il y a peu de jours, un homme fut amené dans mon service avec une fracture du crâne; j'appliquai le trépan et pus retirer une longue esquille de la table interne que rien ne faisait soupçonner, et le malade est aujourd'hui complétement guéri.

M. Le Dentu. Je n'ai que fort peu de chose à ajouter à ce que j'ai répondu à M. Lucas-Championnière. Je ferai seulement remarquer que M. Lucas-Championnière a un peu rabattu de ses premières assertions, relatives à l'innocuité du trépan et à ses indications. Il ne parle plus que de deux ou trois couronnes de trépan, et il n'a pas renouvelé l'assertion émise par lui à la suite de la communication de M. Tillaux, à savoir que l'on peut trépaner en plein foyer de contusion cérébrale. Je n'accepte cette proposition que si on admet que ce n'est pas contre la contusion qu'on dirige la trépanation.

Quant au reproche que M. Lucas-Championnière m'a adressé de lui avoir fait une part trop petite dans l'historique de la question, je ne crois pas l'avoir mérité. J'ai cherché à être impartial, et lorsque j'ai exposé les ressources offertes par la topographie crânio-cérébrale, je me suis empressé de mettre au premier plan le procédé de M. Lucas-Championnière.

Si j'ai fait quelques réserves relativement à la position de l'extrémité supérieure de la ligne rolando-bregmatique, c'est qu'on peut s'étonner que les anthropologistes, qui ont fait de nombreuses mensurations, soient arrivés à des résultats ne concordant pas avec ceux de M. Lucas-Championnière ; mais, comme je l'ai déjà dit, « c'est un point à vérifier ».

M. Lucas-Championnière m'a reproché d'avoir trop étendu la zone motrice et de l'avoir fait aller jusqu'au pli courbe; c'est une erreur: car je me suis rallié aux conclusions de M. Charcot qui laissent de côté le pli courbe.

Malgré les tendances de M. Lucas-Championnière vers l'intervention, ses objections ne modifient pas les conclusions que j'ai formulées.

Répondant à M. Desprès qui se pose en adversaire résolu du trépan, parce qu'il le classe dans les opérations inutiles, je lui dirai qu'il tranche une question complétement insoluble aujourd'hui.

La trépanation est peut-être rarement utile, je le reconnais, mais vouloir la ranger dans les opérations à oublier, c'est aller trop loin.

Lorsqu'on jette les yeux en arrière, on voit combien il est difficile de poser en principe les opérations qui doivent être rayées de la pratique.

Si la cure radicale des hernies est, à juste titre, tombée dans l'oubli, combien d'autres opérations repoussées, condamnées, il y a quelques années, sont aujourd'hui acceptées et pratiquées avec succès, pour n'en citer qu'une, l'ovariotomie. D'autres opérations, considérées comme très-graves, perdent de leur gravité par suite des progrès apportés à l'hygiène.

Tout en disant que les statistiques ne prouvent rien, M. Desprès s'en sert pour soutenir ses arguments ; je le regrette, car si les statistiques sont des armes à deux tranchants il faut les laisser de côté. Quant à moi je trouve qu'il faut absolument faire des distinctions entre toutes les espèces de fracture du crâne, car il est impossible de comparer une fracture, une simple fissure de la base avec la fracture portant sur de larges surfaces.

Répondant à la question posée par M. Desprès : La trépanation vise-t-elle un symptôme ou une lésion ? j'admets qu'elle vise forcément les symptômes, du moment qu'ils indiquent un danger ou un grave inconvénient pour l'avenir, mais qu'elle ne s'attaque au symptôme que par l'intermédiaire de la lésion, car aucun chirurgien n'aurait l'idée de trépaner pour la résolution des membres produite par la commotion cérébrale.

Il est impossible d'admettre qu'une lésion siégeant dans les points neutres du cerveau donne les mêmes symptômes que celle qui siége dans une zone motrice, et c'est là l'importance des nouvelles recherches sur les localisations cérébrales.

On a dit qu'il ne fallait jamais intervenir en présence de la fièvre, mais la fièvre n'est pas toujours la preuve d'une encéphalite, et la simple rétention du pus dans un foyer en dehors de la dure-mère peut la développer.

On ne prouve rien avec des faits isolés, et le cas d'une fracture grave de la jambe, guérie sans amputation, ne prouve pas que l'amputation ne doive pas être considérée comme la planche de salut dans certains cas.

Il est plus qu'imprudent d'engager l'avenir par des jugements hâtifs auxquels on croit donner plus de force en leur donnant une forme ironique ou dédaigneuse.

Pour moi, sans savoir si je croirai jamais devoir pratiquer la trépanation, je veux laisser une porte ouverte au progrès et à la lumière. La trépanation, considérée par tous ses aspects, ne semble ni absurde, ni dangereuse, elle est même parfaitement rationnelle dans certains cas et je suis persuadé que lorsque le crâne est ouvert, en même temps qu'il existe une plaie des téguments, le vrai danger réside dans l'altération du sang épanché, même en médiocre quantité, entre la dure-mère et les os. Dans les cas très-compliqués, le danger est tellement grand, que la trépanation n'est pas très-utile ; dans les cas simples, la guérison est presque certaine ; mais dans les cas intermédiaires, il y aura certainement avantage à intervenir, et je crois qu'on pourra le faire avec de bons résultats en suivant les indications et les règles que j'ai essayé de poser dans mon rapport.

M. Desprès. Je ferai observer que si on trépane pour un symptôme, il faudra aussi bien trépaner pour une paralysie causée par une tumeur cérébrale que pour celle causée par une fracture du crâne. De plus, si la lésion siége dans un point du cerveau qui n'est pas un centre moteur, le symptôme, qui doit guider le chirurgien manquera, et on peut croire que beaucoup d'individus ont eu la chance d'être dans ces circonstances, car il suffit d'examiner les collections des crânes sur lesquels on a trouvé des dégâts considérables qui n'avaient été suivis d'aucun accident, et observons qu'on n'en parle jamais.

Quant à conseiller le trépan parce que le traitement antiseptique rend cette opération peu grave, je rappellerai que Samuel Cooper a déjà émis semblable opinion en préconisant l'usage de l'eau froide, qu'il avait employée pour son opéré ; il y a là une affaire de mode qui ne peut suffire pour tout changer.

Je ne suis pas partisan des statistiques, parce qu'elles comprennent trop de faits disparates, mais je les crois préférables au simple souvenir, aussi je ne les repousse pas absolument. Je crois que l'on peut arriver à se former une opinion, lorsqu'on voit que, dans les pays où l'on ne pratique pas le trépan, on arrive pour les fractures du crâne à une mortalité de 42 0/0, statistique des hôpitaux, tandis que dans les pays où la trépanation est une opération journalière, la statistique donne une mortalité de 57 0/0, statistique de Lefort, et de 48 0/0, statistique de Blum. De plus, lorsqu'on lit ce que disait M. Legouest (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1860, p. 513), que, pendant la guerre de Crimée, les Anglais, qui trépa-

naient beaucoup, ont eu 100 0/0 de morts, tandis que les Français n'en ont eu que 73 0/0, j'affirme que l'on peut en conclure que le trépan est une pratique dangereuse.

M. Le Dentu. Je répondrai à M. Desprès qu'en présence d'une fracture avec enfoncement siégeant dans une région en dehors de la zone motrice, il manquera au chirurgien un symptôme important pour l'indication du trépan, mais on opérera de même, dans le but de remédier à l'enfoncement.

Si le trépan était une si mauvaise opération, on la verrait abandonnée par tous les chirurgiens et ce n'est pas là le cas ; pour ne citer qu'un exemple, je nommerai M. Legouest, qui s'est guidé probablement sur d'autres faits que la statistique dont parlait M. Desprès, car M. Legouest est au contraire partisan de cette opération.

M. Trélat. Je ne veux pas prendre part à la discussion soulevée devant la Société, mais je veux rappeler les indications que j'ai développées, il y a trois ans, dans les leçons que j'ai faites à la Faculté ; je le ferai avec d'autant plus de facilité que les recherches nouvelles n'ont fait que confirmer mes opinions.

J'avais admis deux conditions pour trépaner :

1° Dans les cas de plaies des parties molles, avec fractures et déformations;

2° Dans le cours d'une plaie du crâne où il se développe un symptôme pouvant prouver une lésion cérébrale.

A l'époque où je m'occupais de cette question, on ne connaissait comme point du cerveau ayant une fonction spéciale que la troisième circonvolution frontale; aussi disais-je que si la science venait à formuler la preuve de fonctions dévolues à telle ou telle région particulière, il faudrait trépaner lorsqu'on pourrait affirmer la lésion de ces diverses régions.

Il y a des individus guérissant avec de grandes fractures, et la trépanation eût été inutile ; mais si on veut prendre tous les individus atteints de plaies à la tête, on trouvera de terribles mécomptes.

Nous voyons tous les jours des individus atteints d'enfoncement plus ou moins considérable, ayant très-peu de symptômes, et finissant cependant par succomber ; si on les avait trépanés, ils auraient guéri. Ce n'est pas parce qu'un individu succombe après avoir été trépané, qu'il faut repousser le trépan, car pour ne citer que le chanoine, auquel on a fait allusion, le trépan ne lui a rien fait, ni en bien ni en mal.

Si on pouvait faire un diagnostic exact de la lésion cérébrale, on trépanerait à coup sûr; malheureusement ce n'est pas toujours facile, surtout avec le genre de blessures produites par les armes

d'aujourd'hui ; mais si un signe bien net permet de dire : il y a une lésion qui amènera un abcès, il faut trépaner.

J'arrive donc aujourd'hui aux conclusions que j'avais formulées il y a trois ans, et qui peuvent se résumer ainsi :

Il y a lieu d'appliquer le trépan :

1° Lorsqu'il y a enfoncement du crâne, même s'il ne paraît pas nécessaire;

2° Lorsqu'il y a des signes annonçant une lésion des centres.

M. Maurice Perrin. Je ne suis pas un adversaire du trépan, et j'ai conservé, sans y changer grand'chose, les idées que j'avais soutenues dans la discussion de 1866 au sein de la Société de chirurgie, et que je demande la permission de reproduire sous forme de propositions.

1° Je suis partisan de la trépanation immédiate, le jour même de la blessure, toutes les fois qu'il s'agit d'une fracture du crâne avec perte de substance, avec corps étrangers, pièces osseuses ou autres. Dans ce cas particulier, j'ai lieu de croire que le doute n'existe pour personne. Il importe de débarrasser la plaie de tout ce qui peut la rendre plus grave, fallût-il recourir à une ou plusieurs couronnes de trépan.

Cette sorte de débridement, à l'aide duquel on agrandit ou bien on régularise la brèche osseuse, peut à peine porter le nom de trépanation.

2° Lorsque la fracture du crâne, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de plaie extérieure, est compliquée d'enfoncement de la paroi ; lorsqu'elle est représentée par de larges pièces osseuses inclinées l'une vers l'autre et circonscrites par des traits de fracture ou par des disjonctions de suture, il y a lieu de s'abstenir au moment de l'accident. L'indication du trépan doit être fondée, d'une part sur l'état anatomique, l'enfoncement de la paroi, et de l'autre sur la nature des troubles fonctionnels qui peuvent lui être attribués. Ces derniers ne sont pas significatifs durant les premiers jours, parce qu'alors tout est trouble et confusion. Presque toujours, en effet, les traumatismes du crâne créent une situation qui semble tout de suite très-grave : on est assommé du coup. Ce n'est qu'après quelques heures ou après quelques jours qu'on revient à la vie, parfois avec une santé complète ; d'autres fois avec une perte fonctionnelle qui peut être attribuée à la compression produite par les pièces osseuses enfoncées. Lorsque la complication est bien définie de la sorte, lorsqu'elle est bien isolée, il faut trépaner le plus tôt possible, puisque tout ajournement, sans avantage défini, a le grave inconvénient de laisser s'accroître le danger. Et il faut trépaner sans tenir compte des indications fournies par les localisa-

tions cérébrales. Le point le meilleur sera celui qui permettra le plus facilement de relever la paroi enfoncée et d'extraire les esquilles s'il en existe.

3° Lorsque la fracture est représentée par une ou plusieurs fêlures sans enfoncement des parois, sans complications appréciables, et à plus forte raison lorsqu'il n'y a pas de fracture reconnue, il ne faut pas trépaner immédiatement, quels que soient les troubles fonctionnels existants et quel que soit le siége de la lésion osseuse ; il faut attendre et observer. Si au tumulte des premiers jours succèdent des signes de méningo-encéphalite, d'épanchement sanguin ou purulent, on doit se féliciter d'avoir épargné au malheureux blessé une opération inutile.

Si, au contraire, il ne reste plus qu'un trouble fonctionnel bien défini, comme une paralysie faciale, une hémiplégie, une céphalalgie persistante en un point fixe, des abcès épileptiformes, etc., il faut observer de plus près et s'assurer, jour par jour, si ces accidents vont en s'atténuant ou en s'aggravant.

Dans le premier cas, il convient d'attendre ; dans le second, il faut trépaner sans hésitation et choisir le point qui sera indiqué par le siége connu des centres moteurs et par les mensurations crâniennes. La persistance d'une paralysie du mouvement limité à la face, à un membre ou à tout un côté, a été indiquée par M. Lucas-Championnière au cours de cette discussion, comme la meilleure indication de trépanation, parce que ces paralysies ont toujours été incurables ou suivies de mort.

J'avais émis à peu près la même opinion en 1866, bien que j'aie été obligé de la mitiger un peu, en rapportant l'observation d'un officier de mon régiment qui, pendant la campagne de Crimée, avait parfaitement guéri d'une fracture du crâne, malgré l'existence d'une paralysie persistante du mouvement. Sur ce dernier point, l'expérience m'a conduit à tenir moins compte des paralysies de mouvement consécutives, à les observer pendant un certain temps avant de prendre une détermination et à n'appliquer le trépan qu'autant qu'elles s'aggravent.

C'est dans l'espoir de faire accepter cette ligne de conduite par M. Lucas-Championnière et par tous les chirurgiens qui seraient disposés à le suivre, que j'ai rapporté récemment deux autres faits de fracture du crâne qui ont guéri sans trépanation malgré l'existence persistante pendant deux ans, dans l'un des cas, d'une paralysie de mouvement.

M. le président déclare close la discussion sur le trépan.

Présentation de malades.

M. Monod présente une malade atteinte d'un kyste osseux de la paroi supérieure de l'orbite.

La séance est levée à 5 h. 45 m.

Le secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 30 janvier 1878.

Présidence de M. F. GUYON.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine ;

2° Le journal de médecine de l'Ouest l'*Alger médical*, la *Gazette médicale* de Bordeaux, le *Lyon médical*, le *Montpellier médical*, le *Bordeaux médical ;*

3° *Centralblatt fur Chirurgie*, la *Gazette de santé militaire* de Madrid, *The British medical Journal*, la *Gazette médicale* Italienne-Lombarde ;

4° Une lettre de remercîments de la part de M. le Dr Reverdin, de Genève ;

5° Une lettre de M. Houël, s'excusant de ne pouvoir assiter à la séance pour affaires de famille ;

6° Une lettre de M. l'archiviste de la Société médicale de Reims, demandant un échange des Bulletins de la Société contre ceux de la Société de chirurgie.

M. VERNEUIL présente un travail de M. Chalot, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier, relatif à un cas de névralgie rebelle, l'observation est complète. Il comporte une analyse de 23 cas de névralgie des moignons.

(MM. VERNEUIL, SÉE, DELENS.)

Rapport.

M. VERNEUIL lit un rapport sur les trois observations adressées par M. Vedrènes, médecin principal de 1re classe à Vincennes.

Messieurs,

Ma présence à cette tribune en qualité de rapporteur de M. Vedrènes eût été fort naturelle il y a 15 jours; aujourd'hui elle est peu constitutionnelle, et voici pourquoi. Notre confrère nous adressa à la fin d'octobre dernier plusieurs faits intéressants dont vous me chargeâtes de vous rendre compte. Mon rapport était fait et j'allais vous le lire, lorsque survinrent les élections dernières qui firent du candidat d'alors le collègue d'aujourd'hui.

Désormais M. Vedrènes n'aura plus besoin de parrain pour des travaux qui figureront de droit dans nos *Bulletins*. Je devrais donc envoyer ceux que voici au comité de publication et remettre mon rapport dans mes cartons. Cependant permettez-moi de servir au moins brièvement d'introducteur aux présentes observations, parce qu'elles ont été recueillies en quelque sorte à mon intention et dans le but spécial d'appuyer des opinions dont je me suis fait le champion.

Vous en jugerez par le seul titre des observations en question :

1° *Attaque de rhumatisme articulaire aigu à la suite de l'introduction d'une sonde cannelée dans une fistule anale chez un sujet arthritique;*

2° *Accès d'asthme avec orthopnée succédant à une fracture de l'avant-bras chez un asthmatique;*

3° *Ataxie locomotrice consécutive à la ligature de deux petites tumeurs hémorrhoïdales.*

Du reste voici ces faits :

Obs. I. — M. J..., capitaine d'infanterie, 46 ans, fortement constitué, pléthorique, a toujours eu une excellente santé, et tout en jouissant de la vie n'a commis d'excès en aucun genre. Il a séjourné plusieurs années en Algérie et fait les campagnes d'Italie en 1859, et de France en 1870-1871. Il ne compte point de goutteux dans sa famille; ses parents sont arrivés à un âge très-avancé.

A 25 ans, à la suite de marches pénibles il éprouva dans la hanche des douleurs qui rappelaient la sciatique et qui cédèrent à de fortes frictions avec l'alcool camphré. Ces douleurs revinrent à plusieurs reprises et cessèrent par le même moyen. A 35 ans, hydarthroses aux genoux, traitées sans grand succès par les douches, les frictions diverses, les badigeonnages iodés, et guéries par une saison à Amélie-les-Bains et l'usage de genouillières de laine.

En 1866, un peu de gêne dans la respiration et la miction; après quelques quintes de toux, expulsion de crachats muqueux. Pendant la campagne de 1870-1871, urines souvent rouges et troubles, laissant un dépôt adhérent au vase ou des graviers rougeâtres. De temps à autre, douleurs de reins.

En 1873, gonflement douloureux de l'articulation interphalangienne du gros orteil droit d'abord, puis du gauche. Douleurs dans la région du foie. La gêne de la respiration s'accroît, au point d'interdire les longues marches.

Une saison à Vichy, en 1874, n'amena pas de soulagement notable. La santé resta médiocre.

En avril 1877, à la suite d'une marche forcée survint à la marge de l'anus un abcès qui s'ouvrit spontanément dans le rectum. On se contenta de soins de propreté et de pressions exercées sur la poche pour expulser le pus; mais au bout de quelques temps la cavité purulente se remplit et s'ouvrit à l'extérieur.

Entrée à l'hôpital le 22 août. Fistule anale complète, s'ouvrant d'une part au côté gauche du périnée, de l'autre sur la paroi antérieure du rectum. Son trajet, long de 6 centimètres, est indiqué par un cordon induré qui s'enfonce dans l'épaisse couche de graisse de la région. Selles rares, difficiles, un peu douloureuses, entraînant du pus sanguinolent.

26 août, l'opération ne pouvant être pratiquée en ce moment, on se propose seulement de passer dans le trajet fistuleux un drain, dans le double but de pousser des injections et de faciliter plus tard le passage de l'anse du galvano-cautère. En conséquence, le malade étant dans la position de la taille, et l'index gauche porté dans l'anus, une sonde cannelée est passée avec précaution dans la fistule. Dès que son extrémité est parvenue dans la cavité rectale, on l'accroche avec l'index gauche et on la ramène à l'extérieur. Une fine bougie est alors conduite dans la rainure de la sonde pour servir de conducteur au tube à drainage.

Cette petite manœuvre avait été fort simple, peu douloureuse, sans perte de sang; cependant elle avait causé un grand saisissement au patient dont l'esprit était, comme Sydenham l'a remarqué chez les goutteux, « non moins malade que le corps, en proie à la colère, à la crainte, au chagrin, et partant très-impressionnable. » C'est pourquoi on réunit par une ligature les deux bouts de la bougie, et on remit au lendemain le passage du drain.

La journée fut mauvaise; vers 11 heures du matin, deux heures environ après la petite opération, frisson intense et vomissements. Dans l'après-midi, la réaction s'établit peu à peu avec céphalalgie, chaleur à la peau, accélération du pouls; on prescrit l'infusion de tilleul et 80 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 27, nuit assez calme, sans sommeil; soif, anorexie; au point malade rien de visible; on injecte dans la fistule de l'eau phéniquée.

Le 28, même état; on remplace sans difficulté la bougie par un drain.

Les jours suivants l'état semble d'abord s'améliorer, mais vers le 5 septembre se déclare dans l'aine gauche une adénite aiguë assez douloureuse, qui fut combattue par des frictions belladonées et des cataplasmes.

Le 9, la fièvre se rallume, et bientôt toutes les articulations, grandes

et petites, sont prises presque simultanément de douleurs vives et de gonflement. Le malade immobilisé dans son lit est en proie à de cruelles souffrances, sans préjudice d'ailleurs des douleurs très-vives occasionnées par l'adénite de l'aine qui était devenue phlegmoneuse.

On calme cette explosion avec le sulfate de quinine, le chloral et les topiques émollients ; les sangsues et les vésicatoires appliqués sur le phlegmon inguinal n'empêchent pas la suppuration de se former. La collection fut ouverte avec le bistouri le 27 septembre ; un demi-verre de pus s'écoula. Un soulagement prompt s'ensuivit localement et aussi dans l'état général ; la fièvre tomba bientôt.

Le 1er octobre, le calme étant rétabli, on incisa la fistule avec l'anse galvano-caustique sans anesthésie à cause de la dyspnée naturelle. L'opération fut très-bien supportée et les suites en furent fort simples. La cicatrisation marcha à souhait et le malade fut bientôt complétement raffermi.

M. Vedrènes commente ainsi son observation :

« Ce récit est long, mais il importait de rappeler les commémoratifs pour suivre la filiation des phénomènes morbides, et bien établir chez notre malade l'existence d'une ancienne diathèse arthritique, irrégulière et asthénique, qui n'avait jamais jusqu'alors revêtu la forme aiguë. Or, il a suffi du traumatisme insignifiant causé par l'introduction d'une sonde cannelée dans un trajet fistuleux pour déterminer une perturbation profonde de l'organisme, et l'explosion de la diathèse avec manifestation nouvelle et aiguë inaccoutumée.

« La relation de cause à effet est ici des plus évidentes, et comme si cette susceptibilité morbide s'était épuisée par l'intensité même de la dernière crise, il est remarquable de voir avec quelle tolérance fut supportée un mois plus tard l'opération beaucoup plus douloureuse faite avec le galvano-cautère. Ce fait offre donc un intérêt réel au point de vue du rappel des diathèses par le traumatisme, grand fait de physiologie pathologique qui devient de jour en jour mieux démontré. »

J'ajouterai à mon tour quelques réflexions. Je remercierai d'abord M. Vedrènes d'avoir publié un nouvel exemple de ces opérations sans importance, de ces simples explorations qui mettent les jours en péril de la façon la plus inattendue, et par une succession d'accidents que rien ne peut faire prévoir. Ces faits, beaucoup plus communs qu'on ne le croit, sont généralement passés sous silence ou mal interprétés, cependant, il importe infiniment de les faire connaître, et surtout de les analyser soigneusement, ne serait-ce que pour disculper le chirurgien, qu'on accuse volontiers, quand la vraie responsabilité retombe sur l'état constitutionnel du patient. Je constate ensuite que le fait est des plus concluants.

Voici un arthritique qui n'a eu que des attaques isolées, discrètes, apyrétiques, portant sur des organes différents, et qui tout d'un coup est atteint de la manifestation à la fois la plus violente et la plus caractéristique de la diathèse ; je dirai même la plus inattendue, car il est rare qu'on soit pris pour la première fois de rhumatisme généralisé

pendant le mois d'août, et quand on est au lit depuis plus de 12 jours.

Une seule cause déterminante peut être invoquée : c'est la manœuvre chirurgicale des jours précédents. Si minime qu'elle ait été, en effet, elle n'en a pas moins troublé profondément l'économie en déterminant d'abord une de ces lymphango-adénites soudaines que j'ai notées tant de fois à la suite des explorations les plus simples et qui causent tant de revers imprévus. (*Voir* la thèse de M. le Dr Dehenne.)

M. Vedrènes n'insistant pas sur cette première complication, permettez-moi de la mettre en relief, ne fût-ce que pour utiliser un témoignage désintéressé au profit d'une notion que je m'efforce de vulgariser.

On introduit une sonde cannelée dans un trajet de suppuration; Quelque soin que l'on mette, on blesse légèrement les parois de ce trajet. La blessure, toute étroite qu'elle est, est en contact avec du pus septique et l'inoculation s'effectue ; ses effets se traduisent promptement. Deux heures après, le frisson se déclare avec malaise, céphalalgie, accélération du pouls; si la température avait été relevée, je suis certain que le soir même on aurait noté 39°, sinon 40.

Le malaise s'est continué quelques jours encore, et on s'aperçut alors d'une adénite inguinale aiguë. Je crois que celle-ci a succédé à la lymphangite née le premier jour. Dans tous les cas, elle a progressé jusqu'à l'époque où le bistouri est intervenu.

Quoi qu'il en soit, la fièvre existait et continuait quand le rhumatisme articulaire aigu et généralisé a éclaté. J'en fais la remarque parce qu'on pourrait accuser de son explosion non directement la blessure, mais bien la complication inflammatoire et fébrile.

Je ne refuserai point à la lymphango-adénite une influence provocatrice sur le rhumatisme, car je n'oublie pas les rapports que M. le Dr Bachon a tenté d'établir entre l'adénite inguinale et le rhumatisme articulaire provoqué. (Voir *Bullet. de la Soc. de chirurgie*, 28 mars 1877, p. 230.) Mais je ferai remarquer que bien d'autres blessures, entorses, fractures, contusions sans plaie, etc., ont pu réveiller la diathèse rhumatismale sans le moindre mouvement fébrile intermédiaire.

Donc, nul doute que l'insignifiante lésion traumatique causée par la sonde cannelée ait été la cause première de l'attaque articulaire.

Mais comment, dans cette hypothèse, comprendre la parfaite innocuité de la seconde opération, évidemment plus douloureuse et plus grave ? M. Vedrènes, frappé de cette contradiction, « pense que, la susceptibilité morbide du sujet ayant été épuisée par la violence même de la première crise, la tolérance s'est établie pour la seconde. » A cette explication un peu vague, je substituerai une interprétation que je crois plus acceptable. La différence entre les suites des deux opérations me semble dériver de la différence entre les procédés opératoires. Dans la première séance, on blesse un foyer malade sans prendre de précautions contre l'inoculation septique; dans l'autre, au contraire, on pratique la diérèse avec le fil incandescent, c'est-à-dire que du même coup on rend les surfaces impropres à toute absorption de matières pyrogènes.

Je renvoie ceux qui n'accepteraient point ma théorie aux thèses publiées par mes élèves sur la blessure des foyers et des tissus malades (Dehenne, Loyson, Bouilly, Depasse [1]). Là, les preuves abondent. Je puis en tout cas dire que cette crainte des inoculations soudaines, au moins autant que la peur des hémorrhagies, m'a décidé à abandonner complétement l'instrument tranchant dans l'opération de la fistule à l'anus. Depuis de longues années je n'emploie plus que l'écraseur linéaire, le galvano-cautère, et maintenant le thermo-cautère.

Le fait de M. Vedrènes présente certainement le plus grand intérêt au point de vue de l'influence exercée par les blessures sur les maladies constitutionnelles, mais ne démontre pas moins clairement la part qui revient dans la marche des opérations au choix des procédés.

C'est bien le cas de répéter ici ce que déjà j'ai maintes fois formulé : *Plus la constitution de l'opéré est défectueuse et fait prévoir d'accidents, plus il faut apporter d'attention au choix des procédés opératoires. Il est indispensable alors d'opter pour les plus innocents quand même ils ne seraient, ni les plus brillants, ni les plus expéditifs, ni les plus faciles.*

II[e] Obs. — *Violents accès d'asthme à la suite d'une fracture compliquée chez un asthmatique.*

M. B..., 30 ans, capitaine d'artillerie, constitution robuste, amputé d'un bras sous les murs de Metz, en 1870, est atteint d'un asthme assez gênant.

En 1874, il fait un matin une chute de cheval dans laquelle l'avant-bras, pris entre le sol et la poignée du sabre, est gravement fracturé à la partie moyenne. Il y a une large plaie à travers laquelle fait issue un fragment du cubitus. Un quart d'heure après l'accident, on procède au pansement. La fracture est réduite et maintenue avec l'appareil ordinaire, puis le blessé est couché, l'avant-bras demi-fléchi et en demi-pronation reposant sur un coussin disposé en plan incliné.

Le reste de la journée se passe assez bien, mais vers le milieu de la nuit survient un accès d'asthme très-violent avec râles sibilants, cyanose du visage, dyspnée extrême forçant le malheureux blessé à s'agiter toute la nuit pour chercher une position supportable. Vers le matin, on le place dans un grand fauteuil où il peut goûter quelque repos.

La nuit suivante, l'attaque se reproduit avec autant d'intensité et se prolonge jusque dans la matinée. Le blessé n'avait pas voulu quitter son fauteuil ; on le décide toutefois à se placer sur un lit très-bas, disposé d'une façon spéciale. L'avant-bras, naturellement, avait beaucoup souffert des mouvements désordonnés involontairement exécutés pendant les crises. On mit le membre dans un appareil ouaté et amidonné, puis on le suspendit sur une planchette mobile.

[1] Dehenne, *De quelques explorations chirurgicales inutiles et dangereuses*, 7 février 1876 ; Loyson, *Blessures des foyers pathologiques purulents*, 7 mai 1877; Bouilly. *Des lésions traumatiques portant sur les tissus malades*, 28 mars 1876 ; Depasse, *Essai sur quelques causes des calamités chirurgicales à la suite des opérations les plus légères*, 6 juillet 1877.

Le sulfate de quinine, à la dose d'un gramme et le chloral administrés à l'intérieur firent heureusement cesser l'asthme, de sorte que la troisième nuit fut tranquille. L'hyponartécie, de son côté, rendit les plus grands services, de sorte que M. B... était, au bout de 3 mois, guéri de sa fracture avec conservation des mouvements du bras.

M. Vedrènes cite ce cas comme l'exemple bien net du réveil d'une affection ancienne par une blessure. J'ai observé déjà plus d'un fait de ce genre, et depuis longtemps je suis en garde contre les accidents thoraciques chez les blessés préalablement affectés d'emphysème pulmonaire. Rien de plus commun en pareil cas que le développement de congestions pulmonaires très-intenses et nécessitant un traitement énergique. J'ai eu, il y a peu de semaines, le chagrin de perdre de cette façon une malheureuse femme atteinte d'un épithélioma buccal de peu d'étendue avec adénopathie cervicale. Cette femme était herpétique et aussi très-emphysémateuse. Je fis l'opération intra-buccale avec le thermo-cautère et l'ablation des ganglions du cou avec le bistouri. Les choses allèrent bien pendant quelques jours. La malade toussait un peu et respirait avec une certaine peine, mais les phénomènes stéthoscopiques ne m'inspiraient point d'inquiétude. Quelques pilules de belladone et des révulsifs externes tinrent facilement ces symptômes en respect.

Par malheur, survint un refroidissement qui fut suivi d'un érysipèle de la face et du cou. Un éméto-cathartique, la potion de Todd et quelques centigrammes de sulfate de quinine modifièrent très-avantageusement l'exanthème ; mais à partir de ce moment, la dyspnée fit des progrès incessants que nous ne pûmes arrêter ni par les ventouses ni par les vésicatoires et quelques jours plus tard la malade succombait, asphyxiée, à une congestion pulmonaire double et généralisée.

A l'autopsie, nous constatâmes la lésion susdite avec quelques points de pneumonie à droite. Les autres viscères étaient sains. L'emphysème et la congestion pulmonaire avaient été les vraies causes de la mort ; l'érysipèle n'avait fait qu'y aider.

III[e] Obs. — *Ataxie locomotrice consécutive à la ligature de deux petites tumeurs hémorrhoïdales.*

M. C..., capitaine de cavalerie, 52 ans, faible, maigre, célibataire et tellement porté aux plaisirs de l'amour, qu'on pouvait dire de lui *lassatus nunquam satiatus*, était depuis longtemps affecté de petites tumeurs hémorrhoïdales qui le gênaient beaucoup et dont il voulut être débarrassé.

Un chirurgien lia avec un fil deux de ces tumeurs qui étaient au nombre de six. Tout se passa bien ; les tumeurs se sphacélèrent et les petites plaies furent promptement cicatrisées.

Quelque temps après, deux autres tumeurs furent également liées, mais les choses se passèrent tout différemment. La douleur fut beaucoup plus vive, l'irritation plus grande, et il y eut de la fièvre, qui nécessita un séjour d'une semaine au lit. Les deux tumeurs qui n'avaient pas été liées s'enflammèrent.

Les émollients et les narcotiques calmèrent peu à peu ces accidents. M. C... commençait à se lever lorsqu'il constata que ses jambes manquaient de solidité, et que ses mouvements n'avaient pas leur précision ordinaire. En prenant les objets, il croyait avoir les mains gantées, et quand il marchait pieds nus il croyait être sur un tapis.

Ces perversions de la sensibilité et de la motilité, loin de s'atténuer, augmentèrent à ce point que bientôt l'anesthésie fut complète et la locomotion impossible.

Le malade entra alors à l'hopital militaire de Versailles, où il fut considéré comme atteint d'une affection de la moelle et traité par les toniques et les révulsifs externes ; les vésicatoires, les pointes de feu et enfin les cautères à la pâte de Vienne furent mis en usage. Un de ces cautères, appliqué à la région lombaire et laissé trop longtemps par mégarde, fit une excavation large et profonde qui suppura abondamment.

Cet accident n'eut point de suites fâcheuses, bien au contraire, car le malade recouvra bientôt la sensibilité et les mouvements de façon à reprendre peu de temps après son service.

M. Vedrènes fait suivre son récit des réflexions suivantes : « Cette observation est un exemple d'ataxie locomotrice portée à un très-haut degré et justiciable sans contredit du traumatisme causé par la seconde opération.

« Il n'y a pas eu dans ce cas rappel de diathèse, mais bien manifestation d'une maladie dont M. C... n'avait jamais été atteint, quoiqu'il y fût prédisposé spécialement par ses habitudes invétérées de luxure, son âge et sa faible complexion, maladie dont le traumatisme a facilement provoqué l'apparition première. »

Faisons à notre tour quelques remarques. Nous partageons d'abord l'opinion de l'auteur sur le rôle provocateur de l'opération. Nul doute en effet que le traumatisme puisse aussi bien *éveiller* que *réveiller* une disposition morbide à la condition que celle-ci soit manifestement virtuelle. Notre capitaine avait fait et faisait continuellement des excès vénériens, il s'était par là même exposé à une affection de la moelle épinière ; une occasion manquait, l'acte chirurgical l'a fournie; rien de plus facile à comprendre.

On s'étonnera peut-être que la première opération n'ait rien produit et que les troubles n'aient éclaté qu'à propos de la seconde. Le fait ne me surprend pas. Tous les jours une excitation isolée reste sans écho ; mais le renouvellement du stimulus finit par susciter la réaction morbide. Notons, d'ailleurs, que la première opération avait eu les suites les plus bénignes, tandis qu'après la seconde, les douleurs, l'agitation, la fièvre, l'inflammation des hémorrhoïdes non liées avaient tourmenté huit jours durant un malade déjà profondément débilité.

Il est seulement un point où je me sépare de l'auteur. Il s'agit de la nature des troubles nerveux. M. Vedrènes les rapporte à l'ataxie locomotrice. Je crois plutôt qu'il s'agit d'un exemple de ces paralysies réflexes dont l'histoire s'écrit lentement, mais s'enrichit tous les jours de faits nouveaux.

Elles sont surtout caractérisées par l'existence, en un point circonscrit, d'une irritation violente ou continue qui sert de cause, et par la possibilité de s'amender ou de cesser quand l'irritation primitive cesse, ou qu'elle est remplacée par une irritation nouvelle ou substitutive.

Dans le cas actuel, ce double caractère est très-nettement tranché; l'opération provoque la crise, la dérivation puissante la résout. Il n'en eût pas été de même, je crois, si l'on eut eu affaire à une ataxie locomotrice vraie.

M. le docteur Henri Petit, un de nos jeunes écrivains les plus laborieux, a cherché récemment les rapports qui existent entre le traumatisme et l'ataxie locomotrice. Il a trouvé maints exemples de troubles nerveux multiples et variés suscités par les blessures, mais à peine un seul cas où l'on peut reconnaître l'ataxie véritable.

Encore quelques mots dans un autre ordre d'idées. L'observation précédente montre bien les relations qui existent entre l'orgasme vénérien et les hémorrhoïdes, relation connue mais qu'on ne pouvait guère expliquer quand on ignorait la part que prend à la phlébectasie ano-rectale le système musculaire.

La même observation, recueillie dans les siècles précédents et même au commencement de celui-ci, aurait servi d'argument victorieux à ceux qui voulaient que l'on respectât les hémorrhoïdes et qui invoquaient à chaque instant les terribles conséquences de l'intervention chirurgicale dans ces cas. On eût infailliblement intitulé le fait : *paralysie causée par la suppression de tumeurs hémorrhoïdales*, et ce titre, en vérité, eût paru représenter une idée juste.

Les anciens ne se trompaient pas d'une façon complète, et leurs préjugés renfermaient presque toujours un filon de vérité. Ils constataient aussi bien que nous, mais expliquaient peu ou mal. Puis, comme conséquence fâcheuse pour la pratique, ils généralisaient trop aisément avec des exceptions.

Imprudents néanmoins seraient les modernes qui jetteraient pêle-mêle par-dessus le bord les erreurs et les aperçus lumineux de nos ancêtres.

Il est évident que M. C..., qui n'était qu'incommodé par ses hémorrhoïdes, a failli payer bien cher leur ablation, puisqu'à un certain moment l'anesthésie était généralisée et la locomotion impossible.

Mais faudrait-il en conclure que tous ces désordres ont été causés par la suppression des hémorrhoïdes et que dès lors il faudra refuser les secours de la chirurgie à tous les malheureux que cette affection agace, torture ou mine lentement? Evidemment non, puisque d'une part on a fait justice des prétendus bienfaits de la phlébectasie rectale, et que de l'autre on compte par milliers les sujets chez lesquels l'opération a produit d'excellents résultats.

Un enseignement ressort cependant de ce fait rare et curieux, c'est que chez des sujets dont la constitution est plus ou moins tarée il faut s'attendre à voir : 1° le traumatisme, quel qu'il soit, provoquer des accidents du côté des organes, appareils ou systèmes plus ou moins

impressionnables ou réellement altérés ; 2° ces accidents revêtir le caractère de ceux qu'aurait pu engendrer spontanément l'état constitutionnel.

Nul doute pour moi, chez le capitaine C... la paralysie réflexe aurait pu survenir tout aussi bien à la suite d'une blessure au périnée, à la hanche, à la cuisse, etc., que comme conséquence de la ligature de ses hémorrhoïdes.

Toutefois j'ajouterai (et c'est pour que la médecine opératoire en fasse son profit) que chez les sujets débilités ou névropathiques il faut éviter autant que possible les méthodes ou procédés capables de causer des douleurs trop vives et trop prolongées. En mettant en usage chez M. C... un procédé plus expéditif et moins douloureux que la ligature on eût peut-être évité une paraplégie qui, suivant moi, se développant par le mécanisme des actions réflexes, a été singulièrement favorisée par l'existence d'une irritation locale intense et durable.

Je pourrais donc encore répéter ici ce que j'ai dit à propos de la première observation : c'est que *chez les sujets prédisposés il faut apporter le plus grand soin au choix des procédés opératoires.*

M. Delens fait un rapport verbal sur une communication de M. le Dr Chalot, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier ; cette communication porte ce titre : *Anatomie et physiologie pathologique d'une phlébartérie par fusion de l'artère radiale et de la veine médiane basilique.*

Cette phlébartérie fut observée chez un individu venu pour se faire opérer d'une cataracte ; elle existait depuis 10 ans et était survenue à la suite d'une saignée.

L'observation prise avec grand soin présente, comme particularités, que l'on ne trouva ni élévation de température, ni hypertrophie des poils, ni troubles de la sensibilité et, par suite de la conformation du membre, on porta le diagnostic d'anévrysme artérioveineux formé par un kyste intermédiaire.

Le malade mourut à la suite d'un érysipèle et l'autopsie fit constater, non la présence d'un kyste, mais la fusion de la veine basilique avec l'artère radiale dans une étendue de 4 centimètres.

M. Delens propose :

1° De déposer l'observation de M. Chalot aux archives ;

2° D'inscrire M. Chalot sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Ces conclusions sont adoptées.

M. Després lit le rapport suivant, sur deux observations de calcul du conduit de Wharton, adressées : l'une, par M. Bertin, de Gray; la seconde, par M. de Labordette, de Nice.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 40 ans qui, à la

suite d'un refroidissement, eut un gonflement de la partie moyenne du maxillaire. On crut à une fluxion dentaire, quoique le gonflement existât seulement à la partie interne du maxillaire à la base de la langue ; il se forma un abcès qui s'ouvrit seul et permit de constater la présence d'un corps dur que l'on enleva, et on put alors constater que c'était un calcul d'une longueur de 2 centimètres et d'un poids de 40 centigrammes.

Dans le second cas, il s'agit d'un malade qui se présenta chez M. de Labordette en se plaignant de douleurs intolérables dans la bouche et dans la mâchoire: joue très-enflée et une tumeur, grosse comme le poing, embrassant tout le maxillaire. En faisant ouvrir avec grand'peine la bouche du malade, on aperçoit sous la langue, à droite du frein, une tumeur de couleur framboise, grosse comme une phalangette et se terminant par un point blanc douloureux.

En introduisant un stylet dans le canal de Wharton, on arriva sur un corps dur qui fit penser à une nécrose ou à un calcul. Le lendemain le malade avait craché un calcul gros comme un grain de blé; d'après ce que raconte le malade, il avait déjà eu, plusieurs fois, des gonflements du plancher de la bouche.

Voilà deux cas où le mal est pris pour une fluxion dentaire comme dans la vieille observation de Dourlens en 1837. Le chirurgien n'est consulté qu'au dernier moment lorsqu'il existe une tumeur d'apparence inflammatoire sur le plancher de la bouche. Aucun diagnostic n'est porté; cependant l'engorgement sous-maxillaire, juste au niveau de la glande sous-maxillaire, aurait dû éveiller l'attention. C'est ainsi que, en 1872, j'ai diagnostiqué un calcul salivaire[1]. M. Richet récemment a porté un diagnostic de la même manière et a fait à cette occasion une leçon magistrale sur le sujet[2]. A vrai dire, dans les observations de MM. Bertin et de Labordette, qui sont presque identiques, il y avait un gonflement considérable, une difficulté d'écarter les mâchoires et s'il y avait eu de la rougeur des mâchoires, plus d'un parmi nous aurait d'abord songé à une périostite de la mâchoire inférieure.

L'état inflammatoire, la menace de suppuration était évidente et l'événement l'a justifié.

Dans les cas de ce genre, on peut faire le cathéthérisme du canal de Wharton, et cela constituerait à la fois le moyen de diagnostic le meilleur et le traitement le plus sûr. Mais, si l'orifice du canal de Wharton est petit, ou si le stylet que l'on a est trop gros, on ne parvient pas à faire cette exploration. Mais sera-t-on désarmé pour cela ? Je ne le pense pas. J'ai souvenir d'un fait où il existait les

[1] *Gaz. des hôp.*, 1872.
[2] *France méd.*, 1876.

symptômes rationnels d'un kyste du conduit de Wharton situé aussi profondément que celui de l'observation de M. de Labordette. J'ai palpé le plancher buccal avec un doigt pendant que, de l'autre main, je soutenais la région sous-maxillaire et j'ai senti un point dur sur le trajet du canal de Wharton (il ne faut pas qu'un corps étranger soit volumineux pour donner une sensation appréciable); voulant confirmer le diagnostic, je piquai une aiguille à acupuncture dans le point où j'avais senti une dureté, et j'obtins le choc sec d'un corps métallique sur une pierre ; le malade ne m'appartenait pas, mais je crois savoir que le malade fut traité pour un sarcome du plancher buccal.

Les deux observations qui font l'objet de ce rapport offrent, au point de vue de la terminaison, un intérêt : on voit un mode de guérison de ces lésions, l'expulsion à la suite d'une inflammation. Il existe dans la science un petit nombre de faits de ce genre, et ils nous viennent de la province. Un mémoire de M. Blin, de Saint-Quentin, renferme trois observations dont deux offrent la terminaison par un abcès et l'expulsion spontanée du calcul [1]. La thèse de M. Closmadeuc renfermait, d'ailleurs, un cas d'expulsion spontané, mais il n'y insistait pas assez. On doit ajouter encore que cette terminaison est la conséquence de l'indifférence des malades à l'égard d'un mal qui ne les gêne point et qu'ils ont de la tendance à attribuer à un mal de dent. Les médecins ne regardent pas toujours la bouche lorsqu'ils observent un engorgement à la région sous-maxillaire, et voilà pourquoi le calcul échappe avant le moment où il cause de l'inflammation.

Votre rapporteur vous propose :

1° D'adresser des remercîments aux auteurs : M. Bertin, de Gray, et de Labordette, de Nice;

2° De renvoyer leurs observations au comité de publication ;

3° D'inscrire à nouveau le nom de M. Bertin sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

Sur les dangers possibles du tatouage de la cornée, par le Dr PANAS.

Lorsque la cornée est devenue le siége d'une taie cicatricielle (leucome circonscrit) indélébile, on a proposé d'avoir recours à l'opération du tatouage, et cela dans le double but de dissimuler une difformité choquante et de corriger en même temps les défauts optiques résultant de la dispersion de la lumière au travers

[1] Blin, de Saint-Quentin, *Mém. sur les calculs du canal de Wharton.* Saint-Quentin, 1858.

du tissu rendu irrégulièrement demi-transparent de la cicatrice cornéenne.

Il va sans dire que, lorsque la taie en question occupe la partie centrale de la cornée, une iridectomie optique devient une opération complémentaire indispensable, et la seule question qui se présente alors à l'esprit c'est de savoir s'il y a avantage réel à faire précéder l'iridectomie du tatouage, ou bien à pratiquer l'iridectomie d'abord et le tatouage ensuite.

Comme la solution de ce point de pratique chirurgicale dépend essentiellement de la façon dont l'œil se comporte après chaque inoculation chromatique de la cornée, force nous est d'exposer les résultats que nous avons été à même de recueillir concernant les suites immédiates de l'opération en question.

On professe, et cela est vrai dans la majorité des cas, que le tatouage de la cornée est une opération simple donnant lieu à peu de réaction locale et qui, par conséquent, est exempte de dangers. Il ne faudrait pourtant pas se livrer à cet égard à une sécurité absolue, aussi est-ce pour mettre nos confrères en garde contre un pareil optimisme que nous avons résolu de communiquer à la Société de chirurgie les deux faits que voici :

1re Obs. — Un homme de 25 ans et d'une bonne constitution entre à Lariboisière, le 27 avril 1877, pour un leucome central de la cornée gauche avec synergie iridokératique totale. La vision de ce côté était réduite à la perception quantitative de la lumière et à la possibilité de distinguer à 30 centimètres les doigts de la main. Cet état remontait à cinq ans et était dû à une ophthalmie contractée en Egypte. Consistance de l'œil normale. Ni douleurs, ni congestion d'aucune sorte. L'œil droit est absolument sain.

Le 28 avril, je pratique une iridectomie à la partie inféro-externe, qui était l'endroit le plus largement transparent de la cornée de l'œil gauche. Suites de l'opération fort simples, et le malade gagne à pouvoir se conduire avec cet œil et à distinguer tous les corps extérieurs d'un certain volume, mais il ne peut ni lire, ni écrire.

Le 20 mai, je pratique une première séance de tatouage du leucome, qui n'a pas été sans provoquer des douleurs ciliaires et une congestion périkératique profonde, dont la durée n'a pas été moindre de 15 jours et a nécessité l'emploi d'instillations de collyre d'atropine dans l'œil, et d'injections de chlorhydrate de morphine à la tempe du même côté.

Le 5 juin, tous les accidents produits par l'opération s'étant dissipés, je pratiquai une seconde et dernière séance de tatouage, grâce à laquelle la difformité résultant de la coloration d'un blanc de lait du leucome se trouvait complétement dissimulée. Le travail

réactionnel qui s'en suivit fut encore plus intense que la première fois, et, à la cyclite traumatique de l'œil opéré (le gauche), il s'ajouta une irido-cyclite sympathique de l'œil droit, qui ne fut conjurée que grâce à un traitement énergique par l'atropine, par des déplétions sanguines locales et par des injections hypodermiques d'une solution de chlorhydrate de morphine.

Lorsque le malade a quitté le service, le 27 juin, il conservait encore un certain degré d'injection de cet œil et une sensibilité anormale à la lumière.

La deuxième observation est relative à une fille de 16 ans, faible de constitution, et d'un tempérament lymphatique, qui, dès son enfance, a eu à souffrir de diverses attaques de kératite phlycténulaire, avec impétigo du cuir chevelu.

A 14 ans elle eut un abcès de la cornée droite, incisé, en juin 1875, par un spécialiste bien connu, et laissant après lui un albugo qui rendait la vision de cet œil très-imparfaite.

Un mois plus tard, l'œil droit devint malade de la même façon et une taie qui empêchait la vision s'en suivit.

En octobre 1875, le même confrère pratiquait une iridectomie optique sur l'œil gauche, qui améliora la vision au point de permettre à la malade de se conduire seule et même d'écrire, mais non de lire, gênée qu'elle était par de la polyopie monoculaire.

Le 16 novembre 1875, iridectomie de l'œil droit. Cette opération ne procura à la malade aucun résultat optique.

En décembre 1876, tatouage du même œil qui, depuis lors, s'injecta et devint le siége de douleurs ciliaires intenses.

En mars 1877, tatouage de l'œil gauche, qui fut suivi, comme pour l'œil droit, de congestion périkératique et de douleurs ciliaires vives. C'est à la suite de ces opérations pratiquées, comme il a été dit, par un spécialiste expérimenté, mais trop confiant sans doute dans l'innocuité du tatouage de la cornée, que la malade, souffrante et voyant à peine pour se conduire, se décida à entrer dans notre service de Lariboisière, en juillet 1877.

En août 1877, malgré les soins qui lui furent donnés pour calmer ses souffrances, on vit éclater à l'œil droit une irido-cyclite suppurative fébrile, avec douleurs périorbitaires vives, qui, malgré un traitement antiphlogistique des plus intenses, et l'emploi des narcotiques à l'intérieur et en injections hypodermiques conduisit l'œil à sa perte.

Le 29 septembre, mon collègue, le Dr Lucas-Championnière, me remplaçant temporairement dans le service, crut devoir pratiquer l'énucléation de cet œil, après avoir essayé inutilement l'iridectomie, puis la paracentèse de la cornée.

L'ouverture de l'œil énucléé a montré le segment antérieur en

pleine suppuration, la choroïde moins pigmentée qu'à l'état normal, le corps vitré quelque peu diffluent et le cristallin encore transparent.

C'est donc à une véritable irido-cyclite qu'on a eu affaire ici.

Le 15 octobre 1877, la malade quitte le service ne souffrant plus et ayant gagné assez, du côté de l'œil gauche, pour pouvoir lire, ce qu'elle n'avait pu faire depuis le mois de juillet 1875.

Voilà, si je ne me trompe, deux cas tout à fait probants, bien que d'une gravité différente pour chacun, où le tatouage fut suivi d'irido-cyclite, tant directe que sympathique. Une pareille issue devra faire réfléchir désormais tous ceux qui voudront entreprendre une opération dont le but est principalement esthétique et qui rentre, par conséquent, dans la classe des opérations dites de complaisance sans méconnaître pour cela son utilité optique.

Nous ne sommes pas d'ailleurs les seuls à signaler la possibilité des dangers de cette petite opération, et déjà Rava (*Du tatouage de la cornée*, Gassori, 1872, brochure in-8°, p. 32) et Reuss (*Ueber Tätowirung der Hornhant*, *Medic. Press*, 1873) en ont publié des exemples où l'intolérance de l'œil a été considérable.

Même dans les cas les plus favorables, dit Rava, les séances du tatouage sont habituellement suivies de signes réactionnels (douleurs, injections, larmoiement) qui obligent de laisser quelques jours de repos avant de recommencer une nouvelle séance. Il ajoute que certains yeux ne supportent pas du tout le tatouage, et, dans un de ces cas, il a vu les ponctions de la première séance, provoquer une irido-cyclite grave, qui ne fut conjurée que par un traitement énergique de plusieurs semaines.

Loin de nous la pensée de proscrire une opération qui, outre ses avantages fort respectables de faire disparaître une réelle difformité, but déjà poursuivi par les chirurgiens du temps de Celse, en vue de dissimuler les cicatrices cutanées en les colorant, et par les chirurgiens des temps galeniques pour les leucomes de la cornée (Ætius VII, édit. Aldus, p. 131), offre cet autre avantage de supprimer le trouble qui résulte pour la vue de la demi-transparence gênante du leucome. Seulement, il faut que désormais on s'attache, si faire se peut, à supprimer les causes qui, en provoquant une irido-cyclite grave, compromettent le succès d'une opération généralement bénigne dans ses suites.

Une première question qu'on doit se poser à cet égard, c'est de savoir si la profondeur à laquelle on fait parvenir l'aiguille imprégnée de noir de Chine dans l'épaisseur de la cornée, peut avoir de l'influence sur les phénomènes réactionnels qui suivent l'opération.

Je laisse de côté les expériences faites sur les animaux par Archer

(*Archiv. für, ophthalmologie*, 1874, p. 225) et par Holur (*Archiv. für experimental pathologie*, 1876, p. 266), attendu que, grâce à la minceur de la cornée des animaux dont ils se sont servis pour leurs expériences (lapins et grenouilles), le tissu de cette membrane se trouvait infiltré de matière colorante dans toute son épaisseur. Chez l'homme nous ne possédons jusqu'ici que très-peu de recherches histologiques, à savoir, celles de Povert (*Progrès médical*, 1876, p. 210). plus, une dissection due à Thaddäus Browiez (*Archiv. für ophthalmologie.*, B 23, ablth 3, p. 212, 216, année 1877).

Povert a fait ses recherches sur des portions de cornées leucomateuses tatouées et enlevées sur le vivant par le trépan. Voici en résumé ce qu'il a été à même de constater.

Absence à peu près complète du noir de Chine dans l'épithélium, qui est soulevé par places, là où les piqûres ont été nombreuses ; par une nappe de sérosité contenant des globules rouges et blancs, ces derniers seuls, pourvus de deux à quatre nucléoles, contiennent de la matière colorante.

Dans le tissu cicatriciel, privé, comme on sait, de la membrane de Bowmann et constitué : 1° par des faisceaux tendineux ; 2° par de nombreux vaisseaux sanguins ; 3° par les corpuscules de la cornée en voie de prolifération ; le tout entremêlé de globules blancs et rouges, provenant sans doute des piqûres, on rencontre la matière colorante, et cela presque exclusivement, dans les couches superficielles. L'encre de Chine ne se fixe, du reste, que sur deux sortes d'éléments anatomiques à savoir : sur les leucocytes et sur les corpuscules propres de la cornée. De ces deux éléments, les premiers sont résorbables et les autres fixes.

En se fondant sur la fréquence des hémorrhagies interstitielles dans la cornée résultant de la lésion par l'aiguille des nombreux vaisseaux de nouvelle formation, Povert arrive à poser comme règle qu'il faut pratiquer les séances de tatouage à des intervalles assez éloignés pour permettre la résorption d'une partie du sang épanché entre les lamelles de la cornée et sous l'épithélium.

Thaddäus Brawiez, de son côté, a eu l'occasion de disséquer une cornée leucomateuse qui avait subi quatre tatouages dans l'espace de quatorze jours, et cela deux ans avant la mort de l'individu, âgé alors de 48 ans ; il est à noter qu'à cause de la vive réaction qui s'en est suivie, on n'avait guère pu pratiquer plus de quatre séances de tatouage, bien que le malade eût subi au préalable l'iridectomie.

Voici maintenant le résultat de l'examen histologique de cette cornée :

Epithélium bien conservé et composé de deux couches dont la

plus superficielle était formée de cellules plates et la plus profonde de cellules arrondies pourvues d'un gros noyau, on n'y rencontrait point de matière colorante veinée.

Membrane de Bowmann absente au niveau du leucome.

Le tissu cicatriciel, immédiatement sous-jacent à la couche épithéliale, était formé par un tissu fibrillaire qui, plus profondément, faisait place au tissu normal de la cornée.

La matière colorante noire occupait exclusivement la moitié antérieure de l'épaisseur de la cornée et elle se montrait d'autant plus abondante qu'on se rapprochait de la superficie. Là, on rencontrait de véritables amas d'encre de Chine, disposés sous la forme de filons noirs ayant pour la plupart la direction et la configuration de corpuscules cornéens allongés. Plus profondément, la matière noire était exclusivement fixée dans l'intérieur des corpuscules de la cornée, peu altérés dans leur forme, ainsi que le long des parois des nombreux vaisseaux sanguins qui parcouraient en divers sens le tissu leucomateux ; à part quelques productions verruqueuses, la membrane de Dercemut et son endothélium se montraient sains.

En résumé, les recherches histologiques de Povert et celles de Thaddäus se complètent réciproquement, en ce sens, que Povert nous fait assister au début du travail qui se passe dans la cornée après le tatouage, tandis que Thaddäus nous en apprend la fin. Tous deux, d'ailleurs, nous montrent des points concordants à savoir : la fixation de la matière colorante noire dans les seuls corpuscules cornéens, tandis que les leucocythes noircis du début se resorbent plus tard ; et, ainsi que l'a démontré Donders par des expériences de tatouage faites sur la cornée des lapins, ils vont se fixer dans les ganglions lymphatiques.

La conclusion pratique à tirer de ces faits d'observation, c'est que les dangers de l'opération proviennent non du plus ou moins de profondeur des piqûres d'aiguille faites à la cornée, mais du plus ou moins de rapprochement des séances, et très-probablement aussi du nombre des piqûres pratiquées dans une même séance. De là ce double principe, d'espacer suffisamment les séances de tatouage, et de ne pas trop multiplier le nombre des piqûres au moins au début. Il faut en quelque sorte tâter la sensibilité de la cornée et procéder par degrés.

Une autre condition qui nous paraît devoir être prise en considération, c'est de ne se décider à pratiquer le tatouage qu'alors que tout indice d'inflammation cornéenne a disparu, que le tissu cicatriciel du leucome se trouve organisé et que sa vascularité propre s'est trouvée réduite. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'ici comme partout ailleurs, le tissu jeune d'une cicatrice est plus apte à s'en-

flammer et à s'ulcérer que ce même tissu arrivé à sa période adulte, alors que le tissu embryonnaire et éminemment vasculaire des premiers temps a fait place à un tissu tendineux invasculaire ou à peu près.

Quant à la question de l'époque à laquelle il faut pratiquer l'iridectomie de préférence, avant ou après le tatouage, nous pensons qu'elle n'a pas d'importance, et, en tout cas, des faits que nous avons pu compulser, il résulte qu'une iridectomie préventive ne saurait mettre à l'abri des accidents graves que provoque parfois le tatouage de la cornée.

M. Lucas-Championnière. Lorsque je pus observer la malade dont a parlé M. Panas, elle était dans une période de calme et voyait mieux qu'avant l'opération, mais cette rémission fut de peu de durée et il y eut un retour spontané des accidents inflammatoires.

J'ai pu, dès le début du retour des accidents, presque affirmer que nous serions dans l'impossibilité de les conjurer, parce que j'ai vu déjà deux individus, ayant subi le tatouage de la cornée, être repris de douleurs atroces.

Je comparerais volontiers les accidents produits par le tatouage à ce qui se passe souvent pour les corps étrangers de l'œil dont la présence est quelquefois tolérée longtemps, mais qui deviennent le point de départ de graves accidents ; aussi serais-je disposé à me montrer sévère pour cette opération, qui remédie à des troubles physiques, mais qui est suivie d'accidents douloureux.

M. Giraud-Teulon. Je remercie M. Panas de son intéressante communication, qui me confirme dans la grande réserve que je m'étais imposée au sujet du tatouage de la cornée.

Sans avoir une très-grande expérience personnelle, j'ai pratiqué plusieurs fois le tatouage de la cornée et j'ai pu en tirer les mêmes conclusions que M. Panas ; de plus, j'ai vu, à la suite du tatouage, une iridocyclite intense; enfin, en songeant aux terribles accidents que peut faire développer la présence d'un corps étranger même microscopique, accidents inflammatoires de l'œil blessé et ophthalmie sympathique, j'avais toujours considéré le tatouage de la cornée comme une opération très-délicate.

La séance est levée à 5 h. 45 m.

Le secrétaire,
Horteloup.

Séance du 6 février 1878.

Présidence de M. F. Guyon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu est adopté.

Correspondance :

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine ;

2° Les *Bulletins* de la Société anatomique ;

3° Le *Recueil d'ophthalmologie*, publié sous la directio du Dr Galezowski ;

4° Les *Archives générales de médecine ;*

5° Le *Bordeaux médical*, la *Gazette médicale de Strasbourg*, l'*Union médicale et scientifique du Nord-Est*, la *Gazette médicale de Bordeaux*, le *Bulletin du Nord*, le *Marseille médical*, le *Lyon médical*, l'*Année médicale, Journal de la Société de médecine de Caen et du Calvados ;*

6° *The British medical journal ;*

La *Gazette médicale italienne-lombarde ;*

Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique ;*

The Practitioner, journal de thérapeutique et d'hygiène publique ;

7° Une lettre de remerciements de M. le Dr Vedrènes, membre correspondant ;

8° Une lettre de remerciements de M. le Dr Roux de Brignoles, membre correspondant ;

9° Une lettre de remerciements de M. le Dr Callender, de Londres, membre correspondant étranger ;

10° Une lettre de M. le Dr Poinsot, membre correspondant, annonçant l'envoi d'un mémoire intitulé : *Contribution à l'histoire clinique des tumeurs du testicule* (communication sera donnée de ce travail dès qu'il sera parvenu à la Société);

11° *Régions classiques, du corps humain,* par M. le Dr Chavernac, présenté par M. Verneuil ;

12° *Contribution à l'histoire des hernies étranglées,* par M. Ripol, presenté par M. Verneuil ;

13° M. Verneuil présente également, de la part de M. Azam, de Bordeaux, membre correspondant, une observation intitulée :

Mort rapide par embolie pulmonaire après ouverture d'un abcès de l'aisselle, par le Dr AZAM, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Bordeaux, correspondant national de la Société de chirurgie de Paris.

Je vais, dans les lignes qui suivent, dire l'histoire d'une femme robuste qui est morte presque subitement à la suite d'un abcès de l'aisselle.

Rien n'est plus frappant que le contraste entre le résultat terrible et la cause futile, aussi ai-je fait de son cadavre une autopsie minutieuse qui me permet de déduire du fait un enseignement pratique.

Catherine Lalou, ménagère, âgée de 51 ans, est d'une forte constitution, sa santé a toujours été parfaite, elle entre dans mon service de clinique de l'hôpital St-André de Bordeaux, le vendredi 25 janvier, quelques instants avant la visite du matin. Elle est atteinte depuis 15 à 20 jours d'un engorgement de l'aisselle gauche.

Je constate un abcès considérable ayant son origine dans les ganglions axillaires, et, l'ouvrant largement, je donne issue à 300 à 400 grammes de pus ; rien de particulier ne suit cette petite opération.

Le lendemain, à 9 heures du matin, la poche de l'abcès est complétement vide, la malade ne se plaint de rien, seulement elle me paraît un peu oppressée, mais pas assez pour que je fasse l'auscultation de sa poitrine.

Le 28 au matin, l'oppression a diminué, la malade, se trouvant bien, s'est levée à plusieurs reprises, la journée est bonne, lorsque vers 3 heures du soir la respiration devient anxieuse ; à 6 heures elle mourait suffoquée.

Il était difficile de présumer la cause de la mort. Il était cependant permis de faire des conjectures; étant donné le souvenir de la dyspnée : ou la malade avait succombé à la mort subite qui suit quelquefois l'épanchement pleurétique du côté gauche, ou la mort était due à une embolie ayant pris naissance dans les veines de l'aisselle, au voisinage du foyer purulent.

L'étude directe devait lever tous les doutes.

Nécropsie 40 heures après la mort.

Le cadavre présente toutes les apparences de la santé, je passe successivement en revue les cavités splanchniques, le foyer de l'abcès, l'artère pulmonaire, le cœur, les caillots qu'ils contiennent, et les vaisseaux veineux de l'aisselle.

Tous les organes sont sains, la plèvre gauche ne renferme aucun épanchement.

Le foyer de l'abcès est vide, il est avoisiné par plusieurs ganglions dont la suppuration est commencée et dont la fonte aurait retardé la guérison.

L'artère pulmonaire étant ouverte sur place, j'y constate les phénomènes suivants. Avant de les décrire, j'insisterai sur une précaution

indispensable. Quand il y a présomption d'embolie, ce vaisseau doit être ouvert sur place en commençant par le bas, la méthode ordinaire d'étude du cœur, après section des gros vaisseaux, ayant pour effet certain la destruction des caillots qu'ils renferment. Cette remarque est peut-être superflue pour mes collègues, mais elle a son importance.

L'artère pulmonaire, qui extérieurement paraît vide, contient dans sa partie supérieure un caillot cylindrique enroulé et branchu dont une partie, engagée dans la bifurcation gauche, l'oblitère complétement, l'autre partie ferme incomplétement l'orifice de la bifurcation droite. Ce caillot est pour ainsi dire à cheval sur l'éperon qui sépare les deux branches. Extrait avec soin de son siége accidentel, il a 0,11 centimètres de long avec un embranchement de 0,05 centimètres. Il est cylindrique et comme moulé. Sa partie moyenne a environ la dimension d'une forte plume ordinaire, sa grosse extrémité le double, sa petite extrémité et l'embranchement environ la moitié de ce calibre, il est libre de toute adhérence, paraît de formation peu ancienne et la tunique interne du gros vaisseau, qui le contient, est parfaitement saine, Sa forme et son calibre rappellent la veine humérale et quelqu'une de ses branches; la plus grosse partie de ce caillot est fibrineuse; la plus petite, couleur lie de vin, paraît ne contenir que des globules; la moyenne renferme les deux éléments.

Ce caillot enroulé était loin de remplir l'infundibulum de l'artère pulmonaire, mais sa situation explique la mort. De plus l'oblitération incomplète d'une des deux branches rend compte des derniers moment de la vie.

Le cœur est sain, le ventricule gauche contient des caillots dont la formation postérieure à la mort n'est pas douteuse, leur forme irrégulière comparée à la forme caractéristique des caillots migrateurs est d'un grand enseignement.

Le ventricule droit renferme un caillot cylindrique d'environ un centimètre de diamètre, libre dans sa plus grande partie mais retenu dans le reste et emmêlé dans les colonnes du cœur et fixé par elles ; il est évidemment de même origine que celui que nous avons précédemment décrit, mais plus gros; il rappelle, comme diamètre, la veine axillaire. Il est aussi plus ancien, car il est fibrineux dans toutes ses parties; sa longueur a 0,09 centimètres, un embranchement plus petit a 0,05 centimètres de long.

Il est de toute évidence que ce caillot et le précédent, unis pendant la vie, constituaient le coagulum qui a rempli la veine axillaire et une partie de la veine humérale avec deux de leurs branches; leur ensemble mesure 20 centimètres. La première partie, la plus grosse, entraînée la première, s'est arrêtée dans les colonnes du cœur droit et a causé la dyspnée que nous avons indiquée; la deuxième partie, la plus mince, trouvant la voie ouverte, est partie à son tour, a franchi le ventricule droit et, tassée par le courant sanguin contre l'éperon de l'artère pulmonaire, a oblitéré complétement sa branche gauche, incomplétement sa branche droite.

Les veines qui avoisinent le foyer, la sous-clavière, l'axillaire et l'humérale sont complétement vides et dans l'état normal le plus parfait, ainsi que le tissu cellulaire voisin, cela malgré la proximité d'un vaste foyer purulent.

Réflexions.

Il serait superflu d'insister sur ce fait, accepté, je crois, de tous les chirurgiens , qu'un caillot migrateur peut trouver son origine dans les veines qui avoisinent un foyer inflammatoire; cette notion avait même guidé mon diagnostic et je m'attendais parfaitement, surtout en l'absence d'un épanchement pleurétique, à rencontrer dans l'artère pulmonaire une embolie partie des veines de l'aisselle; mais, si cette embolie avait dû son origine à la propagation de l'inflammation du foyer purulent, les veines auraient présenté quelques traces de ce désordre. Or, nous le rappelons, il n'existait rien de semblable, il fallait donc attribuer la thrombose de ces veines à une autre cause ; voici pour moi le mécanisme de cette thrombose :

La femme Lalou était atteinte depuis 15 à 20 jours d'un engorgement ganglionnaire qui, croissant lentement, est devenu un très-gros abcès; cette tumeur, née des profondeurs de l'aisselle, a comprimé la veine axillaire, diminué son calibre, et le cours du sang a été ralenti : or, on sait que c'est là une des principalss causes de la coagulation de ce liquide; puis une large incision a vidé rapidement le foyer, aussitôt la veine a repris son calibre et le sang sa vitesse normale. Alors le caillot non adhérent est parti vers le cœur, il est même parti en deux fois, probablement sous l'influence de quelque mouvement inaperçu ou inconscient du bras. La partie supérieure s'est arrêtée dans le cœur, la partie inférieure oblitérant les deux branches de l'artère pulmonaire a causé rapidement la mort. Mon interne, M. Lagrange, a eu en dehors de moi la même pensée.

Cette explication n'est pas une simple satisfaction de l'esprit, elle porte avec elle un enseignement. Si au lieu de vider cet abcès axillaire, ainsi qu'il est d'usage, par une large incision, j'avais fait lentement écouler le pus, la veine, lentement libérée de la compression qui diminuait son calibre, n'eût laissé échapper que peu à peu le caillot qui la remplissait et les accidents consécutifs à la migration de ce caillot eussent été sans valeur. Telle est ma conviction, et, le cas échéant, je me propose d'adopter pareille ligne de conduite.

Il est nombre de cas dans lesquels le sang veineux peut être coagulé par le ralentissement de son cours : je ne citerai pour mémoire que la pression des appareils de fracture, la compression faite sur les artères, la plupart du temps voisines des veines, et la flexion forcée des membres pour la cure des anévrysmes.

Je soumets cette pensée à mes honorables collègues.

Je crois devoir répondre à l'avance à deux objections qui pourraient m'être faites :

1° En admettant que les caillots trouvés dans le cœur et dans l'artère pulmonaire soient des caillots migrateurs, ne pourraient-ils pas avoir pris naissance ailleurs que dans les veines de l'aisselle dont l'autopsie a prouvé la parfaite intégrité?

Sans doute, mais la chose est absolument improbable : car notre malade, en dehors de son engorgement ganglionnaire aigu, avait une santé parfaite et ne présentait aucune lésion dans aucun point du corps; de plus, le diamètre des caillots rappelait parfaitement le calibre des veines de l'aisselle ;

2° L'oblitération des veines amène d'habitude l'œdème au-dessous de l'oblitération, et cet œdème n'a pas été noté.

Cela est vrai, mais l'oblitération était incomplète, la lenteur avec laquelle la compression s'est faite peut avoir permis la formation d'une circulation latérale supplémentaire, alors surtout que cette compression était loin d'être circulaire.

Conclusions.

1° La femme Lalou est morte presque subitement d'une embolie pulmonaire consécutive à l'ouverture d'un abcès de l'aisselle ;

2° Cet abcès, ayant par son développement comprimé les veines de la région, avait provoqué leur thrombose en ralentissant le cours du sang ;

3° La déviation brusque de cet abcès et quelque mouvement du bras ont provoqué le départ du caillot qui constituait cette thrombose et qui n'était retenu par aucune adhérence ;

4° Le chirurgien devra tenir grand compte des compressions veineuses lentes, ne les lever qu'avec prudence et considérer comme possibles des accidents consécutifs qui peuvent aller jusqu'à la mort du malade.

Communications.

M. Tillaux. A l'occasion de la discussion qui se poursuit devant l'Académie, je désire entretenir la Société de chirurgie d'un cas de désarticulation du fémur que j'ai pratiquée le mois dernier.

La femme qui fait le sujet de cette observation était âgée de 44 ans ; elle entra à l'hôpital Beaujon au mois d'octobre 1876, parce qu'elle ressentait des douleurs intenses dans les membres infé-

rieurs, ayant débuté d'abord à droite, puis ayant envahi le membre gauche. Reçue dans un service de médecine, cette femme y était depuis 2 mois sans présenter d'autres symptômes qu'une extrême faiblesse des jambes et un grand amaigrissement, lorsqu'en voulant, le 11 janvier 1877, descendre au jardin, elle s'affaissa sur elle-même dans l'escalier. Reportée dans son lit, on constata une fracture de la cuisse gauche que l'on maintint avec un appareil de Scultet.

Le 26 février, la fracture était solide et la malade marchait avec des béquilles, le cal était très-solide, mais très-volumineux, et on constatait une saillie anguleuse en avant et en dehors.

Le 10 avril, en faisant exécuter des mouvements à l'articulation du genou, il se produisit une nouvelle fracture qui fut traitée par l'appareil de Scultet.

Le 2 juin, en enlevant l'appareil, on vit que la consolidation ne s'était pas faite et qu'il existait au niveau de la fracture, une tumeur dans laquelle on percevait des battements, mais on n'entendait pas de souffle.

Plusieurs essais de traitement furent tentés sans grand résultat, et lorsque je pris le service, au mois de janvier 1878, je trouvai à la partie antérieure et externe de la cuisse une tumeur du volume d'une tête de fœtus. Elle est arrondie, régulière, rémittente, et l'on y perçoit des battements très-nets, avec un souffle intermittent, isochrone au pouls, que l'on fait disparaître par la compression de la fémorale; de plus, il y a mobilité des fragments, impuissance absolue du membre, et les mouvements provoquent de vives douleurs. Je portai le diagnostic de tumeur sarcomateuse très-vasculaire, développée au niveau de la fracture, mais antérieurement à cette lésion.

Je ne pouvais pas songer à une amputation, la désarticulation était seule possible; mais, en examinant l'état effrayant de faiblesse dans lequel était cette femme, je me décidai à employer le thermo- et le galvano-cautère, voulant surtout éviter la perte de sang.

Voici comment je procédai :

J'introduisis un trocart dans le point où pénètre le couteau pour pratiquer la désarticulation à lambeau antérieur; dans la canule du trocart, je passai un fil de platine que je mis en communication avec les deux pôles de la pile, après avoir retiré la canule du trocart. Par un très-petit mouvement de va-et-vient, je suivis la face antérieure du fémur jusqu'au point où je voulais terminer mon lambeau; arrivé à ce point, je passai un gros fil qui devait me servir à faire une ligature en masse et me permettre de faire la section de mon lambeau avec l'anse galvanique, sans per-

dre de sang, puisque les parois de l'artère devaient être accollées par cette ligature supérieure. Malgré cette précaution, il y eut un jet de sang rapidement arrêté, et je regrette de ne pas m'être servi d'une pince, analogue à un entérotome, qui aurait mieux aplati la lumière de l'artère.

Une fois le lambeau antérieur taillé, j'employai le thermo-cautère pour sectionner la capsule, le ligament rond et disséquer la face postérieure du fémur; mais lorsque je voulus tailler le lambeau postérieur avec l'anse galvanique, l'appareil ne fonctionna plus et je fus obligé de terminer avec le thermo-cautère. L'opération ne fut pas longue et s'effectua presque sans une goutte de sang.

Le résultat ne fut pas heureux, car la malade succomba le 11e jour avec une infection purulente; je crois que cette infection purulente, qui débuta au 9e jour, a été, en grande partie, causée par la rétention du pus qui sortait avec difficulté du cul-de-sac formé au niveau du grand trochanter, malgré l'incision que j'y pratiquai vers le 10e jour.

L'autopsie fut faite avec grand soin et permit de constater, à la base des poumons, des infarctus peu nombreux, du volume d'un pois. Il n'y avait pas de tubercules.

Outre cette désarticulation, j'ai eu l'occasion de faire trois désarticulations : deux, pendant la guerre, furent suivies de mort; la troisième, en 1872, se termina par la guérison. Cette opération fut faite, le 30 octobre 1872, sur une enfant de 13 ans, atteinte d'un ostéosarcome de la cuisse droite, ayant 62 centimètres de circonférence et remontant à 3 centimètres au-dessus de l'arcade crurale. Aussi je fus obligé de pratiquer la compression de l'aorte. L'opération fut faite avec le couteau et j'employai le pansement ouaté.

Donc, sur 4 désarticulations de la cuisse, j'ai obtenu un succès en me servant du couteau, mais je me hâte de faire observer que c'est sur un enfant.

En faisant cette communication, je n'ai nullement l'intention de vouloir substituer le galvano-cautère et le thermo-cautère à l'instrument tranchant, mais je voulais montrer que, grâce à ce procédé, j'avais pu empêcher ma malade de perdre du sang.

M. Sée. Il y a 15 ans, j'ai communiqué à la Société une série d'amputations pratiquées sur le cadavre au moyen du galvano-cautère, et j'ai montré que ce procédé permettait de tailler facilement de bons lambeaux.

M. Desprès. J'ai fait une fois la désarticulation de la cuisse chez un individu dont la cuisse avait été broyée. J'employai le procédé ordinaire à lambeau antérieur, après avoir eu soin de pra-

tiquer la ligature de la fémorale préalable. Le malade mourut dans les 48 heures qui suivirent l'opération.

Je fus frappé du peu de sang que perdit le malade, et je crois qu'on obtiendra facilement le même résultat en ayant soin de lier les artères dès qu'elles sont ouvertes.

Je suis partisan de l'instrument tranchant, car le fer rouge dont on pourrait trouver l'emploi dans Scultet et les caustiques ne garantissent pas, ainsi qu'on le croit, de l'infection purulente. Le fait de M. Tillaux en est la preuve. De plus, je crois que les caustiques facilitent les infarctus par suite de la formation de petits caillots, qui peuvent devenir le point de départ d'embolies.

M. Gillette. J'ai vu la malade qui a été opérée par M. Tillaux, et j'ai pu constater que la compression de la fémorale arrêtait les battements sans diminuer le volume de la tumeur, qui était molle dans toutes ses parties.

M. Terrier. J'ai donné des soins à la malade dont vient de nous parler M. Tillaux, et j'avais refusé de l'opérer, craignant une généralisation de la production morbide.

Je m'étonne que M. Tillaux ait pensé que l'infection purulente avait eu pour point de départ la rétention du pus, cette explication me paraît difficile à admettre d'après les recherches récentes sur la pyohémie et je suis beaucoup plus disposé à admettre que l'infection purulente a été produite par le mauvais état général de cette femme.

M. Désormeaux. J'ai fait, à l'hôpital du Gros-Caillou, pendant la guerre, la désarticulation de la cuisse chez un blessé bavarois, dont le grand trochanter avait été brisé par une balle. L'hémorrhagie, peu abondante au moment de la blessure, devint très-considérable quelques heures plus tard, et, dans l'impossibilité où je me trouvai pour reconnaître quelle était l'artère qui donnait lieu à cette hémorrhagie, je me décidai à pratiquer la désarticulation. Je commençai par lier la fémorale, et prenant cette première incision comme point de départ, je taillai deux lambeaux ovalaires, l'un interne, l'autre externe, je fis comprimer les lambeaux à mesure que je les taillais et je pus terminer mon opération sans qu'il y eût beaucoup de sang de perdu.

Mon malade mourut sans réaction, 36 heures après l'opération.

M. M. Perrin. Je suis d'avis que la rétention du pus dans le fond de la plaie est nuisible ; aussi, pour éviter cette rétention du pus dans le cul-de-sac formé au niveau du grand trochanter, j'ai depuis longtemps pris l'habitude de pratiquer le procédé ovalaire en taillant le manche de la raquette sur le grand trochanter. En

ayant soin de faire saisir par des aides les lambeaux à mesure que le chirurgien les taille, on évite assez bien l'hémorrhagie.

M. Le Dentu. Je suis d'avis qu'il faut absolument éviter la rétention du pus, et, dans la désarticulation dont j'ai entretenu la Société il y a quelques semaines, j'avais cherché à obvier à cet inconvénient en faisant une contre ouverture dans le fond du cul-de-sac trochantérien et en y plaçant un tube à drainage.

M. Gillette. Je ferai observer que le procédé employé par M. Désormeaux est non pas ovalaire, mais bien un procédé en raquette, dont j'ai été à même d'observer un beau résultat dans le service de M. Guyon, mais le point de départ de la raquette avait été le grand trochanter.

M. Farabœuf. Un point important pour le résultat de la désarticulation de la cuisse est de tailler un lambeau permettant de bien recouvrir l'ischion qui doit servir de point d'appui. De plus, comme il est urgent de choisir un procédé qui facilite l'hémostase, car on ne peut pas toujours se servir du galvano-cautère, je crois qu'il est préférable d'employer le procédé en raquette de Larrey. En ayant soin de lier l'artère et la veine fémorales, puis de sculter les muscles en dehors et en dedans, on pourra arriver à enlever la cuisse sans perdre beaucoup de sang.

M. Guyon. Permettez-moi de répondre à l'appel fait à l'expérience de ceux qui ont pratiqué la désarticulation coxo-fémorale et de vous donner quelques renseignements sur le fait auquel M. Gillette vient de faire allusion.

J'avais depuis longtemps étudié la désarticulation dont il s'agit, sur le cadavre, lorsque l'occasion me fut donnée de la faire sur le vivant. Mes études avaient eu pour but :

1° De diminuer l'étendue des surfaces traumatiques ;

2° De favoriser l'hémostase au cours de l'opération ;

3° De permettre pendant le cours du traitement le libre écoulement des liquides.

Mes recherches m'avaient conduit à adopter le procédé en raquette et à le pratiquer de la manière suivante :

J'abaissais une incision perpendiculaire commençant au milieu de l'espace qui sépare la crête iliaque du grand trochanter, de manière à passer en plein centre de cette apophyse ; mon incision s'arrêtait au-dessous du tiers supérieur de la cuisse. C'est le chemin le plus direct et le plus court pour arriver au fémur, que l'on peut ainsi découvrir sans rencontrer de vaisseau.

J'avais dès lors pour objectif d'arriver à l'articulation, et pour cela je séparais, en rasant le fémur, les insertions musculaires qui

se font au trochanter, puis, je dénudais le corps de l'os dans son tiers supérieur en n'abandonnant pas un seul moment la surface externe du périoste. En imprimant un mouvement de rotation en dehors, j'arrivais sur la surface antérieure de la capsule que j'incisais, puis, sur le ligament rond. Je procédais, dès lors, à la luxation et je détachais le fémur de ses liens fibreux et musculaires de manière à le libérer complétement dans son tiers supérieur et à le faire saillir dans la plaie.

L'opération pouvait, dès lors, se réduire à une simple amputation pratiquée au tiers supérieur de la cuisse. La raquette était complétée par l'incision de la peau, et tandis que le tégument était relevé en manchette, le bord du couturier mis à nu permettait de découvrir et de lier, avant de la sectionner, l'artère fémorale.

La section des muscles était alors achevée rapidement à plein tranchant, le membre tombait immédiatement et l'on pouvait, sans perdre un instant, procéder à la ligature des branches divisées sur la tranche musculaire. Cette incision presque perpendiculaire atteignait un bien moins grand nombre d'artères et coupait beaucoup moins haut les branches de la fessière, de l'obturatrice et de l'ischialique, que la tranche oblique du lambeau postérieur classique.

Joignant à ce procédé la méthode que j'ai proposée pour se mettre à l'abri de toute perte de sang veineux, je pouvais espérer que j'aurais sur le vivant un procédé vraiment hémostatique.

L'étendue des surfaces traumatiques était singulièrement amoindrie, car elle n'était plus représentée que par la gaîne musculo-aponévrotique qui enveloppait immédiatement le fémur et par la section presque perpendiculaire des muscles que venait recouvrir une manchette cutanée de longueur suffisante.

L'écoulement des liquides pouvait se faire par la gaîne musculo-aponévrotique et surtout par la grande incision verticale externe, c'est-à-dire par le manche de la raquette.

Sur le vivant, bien que le sujet fût maigre, la désarticulation préalable fut pénible. Elle put cependant être effectuée, et l'opération fut terminée selon les règles que je viens d'énoncer. L'hémostase fut facile et la perte de sang ne dépassa pas celle des amputations de la cuisse.

Le malade a guéri. J'ai donc pu observer à loisir et me rendre compte des conditions qui favorisèrent cet heureux résultat. Ce ne fut pas le pansement. La plaie avait été partiellement réunie et un drain en U avait été placé au fond de la cavité cotyloïde, ses extrémités faisaient saillie dans l'incision verticale externe. Le moignon avait été pansé selon les règles établies par M. A. Guérin pour le pansement ouaté.

Cet excellent mode de traitement des plaies ne put être continué. Dès le lendemain il fallut débarrasser le malade, qui, sous l'influence de la compression forcément exercée sur l'abdomen, souffrait de la façon la plus intolérable.

Je fis un pansement simple avec un linge glycériné, de la charpie, des compresses et des bandes, et je lavai la plaie intus et extra avec de l'alcool, puis avec de l'eau alcoolisée.

J'ai dit que ce n'était pas ce pansement qui avait paru favoriser la guérison. Je crois, en effet, que l'observation de ce cas ne peut laisser de doute sur l'excellente disposition qu'offre l'incision verticale externe pour assurer l'écoulement continu et complet des liquides.

Cet écoulement se fit par la partie supérieure de l'incision, qui se cicatrisa la dernière.

Je crois donc, qu'il y a double avantage à commencer très-haut la première incision. On favorise ainsi la manœuvre opératoire toute entière et en particulier la désarticulation préalable ; de plus, on ouvre au liquide vis-à-vis le cotyle, qui est à la fois le point le plus profond et le plus déclive de la plaie, une porte bien béante et bien placée. On n'a qu'à se rendre compte de la position du malade dans son lit, pour comprendre que ce soit vers la partie supérieure de l'incision externe que doive se faire l'écoulement des liquides.

Je ferai remarquer, en outre, que le cul-de-sac dû à la décortication du grand trochanter, dont M. Tillaux se plaignait tout à l'heure à juste titre, est entièrement supprimé par le mode opératoire que j'ai mis en pratique.

La difficulté réelle de la désarticulation préalable me fait craindre qu'elle ne puisse être adoptée par tous. Mais, alors même qu'on la réserverait au dernier temps de l'opération, le procédé en raquette me paraît digne de la faveur des chirurgiens, et le décollement des parties profondes du moignon le long de l'os me paraît également mériter d'être conservé dans la pratique.

Je vous ai dit que le malade avait guéri. Je l'ai opéré au commencement de l'année 1875, et je comptais le présenter à la Société de chirurgie, muni d'un appareil déjà commandé, lorsque survinrent des hémoptysies. C'était le premier symptôme évident d'une généralisation. Le malade avait été opéré pour le délivrer d'un ostéosarcome de la partie inférieure du fémur. Les poumons furent le siége principal de la récidive à laquelle il succomba 7 mois après l'opération.

M. Maurice Perrin. Je suis surpris d'apprendre de M. Guyon les difficultés qu'il a éprouvées pour exécuter, sur son malade, le procédé opératoire qui consiste à ouvrir l'article avant de faire

la section des chairs de la région interne et de la région postérieure.

Voici le procédé que j'ai exécuté au moins une dizaine de fois et que je fais exécuter, depuis 20 ans, par les médecins stagiaires du Val-de-Grâce :

Le malade est placé latéralement sur la table d'opération, de façon que les deux membres portent à faux et que le membre malade soit en avant. Le chirurgien, armé d'un couteau dont la lame doit avoir au moins la longueur du diamètre du membre, trace une incision, intéressant seulement la peau, qui commence au milieu d'une ligne menée de l'épine iliaque antéro-supérieure au bord supérieur du grand trochanter ; il se dirige verticalement en bas en passant vers le milieu de la face externe de cette apophyse, il continue sans changer de direction jusqu'à la hauteur du pli fessier et se dirige ensuite obliquement, tant en dedans qu'en dehors, de façon à passer à cinq travers de doigt au-dessous du pli génito-crural. Les deux incisions obliques sont réunies par une incision postérieure transversale.

La peau étant rétractée en avant et en arrière, le membre est porté et maintenu dans l'adduction forcée, et les muscles qui s'insèrent au bord supérieur du grand trochanter sont divisés, soit par une incision curviligne circonscrivant le trochanter, soit par une incision en $\wedge$ à sinus inférieur. La branche antérieure du $\wedge$ ne doit pas dépasser en avant le droit antérieur. Les chairs sont ensuite détachées par deux incisions qui font suite aux précédentes et qui descendent l'une en avant et l'autre en arrière du trochanter. Elles doivent côtoyer le fémur et ne couper les muscles que près de leurs insertions ; on ne lèse ainsi que des vaisseaux secondaires, on respecte les grosses branches de la fessière et de l'ischiatique et on ne divise que des branches terminales de petit calibre; on les lie au fur et à mesure.

Quand l'hémostase est assurée, on ouvre l'article facilement et largement par sa face externe, on fait saillir le ligament rond par un mouvement combiné de rotation en dehors et d'adduction : on le coupe, puis on termine la section de la capsule et on isole le fémur des chairs en rasant l'os dans une étendue suffisante pour que l'aide puisse sans difficulté saisir le lambeau. Dans ce second temps, les vaisseaux qui donnent du sang sont immédiatement liés; il n'y a d'important qu'une branche antérieure de l'ischiatique accolée au sourcil cotyloïdien.

A ce moment le procédé d'hémostase doit être approprié à chaque cas particulier.

Lorsque le membre est peu développé, lorsque les chairs non divisées peuvent être facilement étreintes par les deux mains,

réunies de façon à former un lacs souple et vigoureux, la section doit être faite d'un seul coup de couteau. Par ce moyen, les vaisseaux ouverts sont étalés sur une même surface, les ligatures sont faciles et l'hémostase peut être assurée en quelques minutes, ce qui est du plus haut intérêt.

Mais lorsque la cuisse a un volume trop considérable, lorsque l'aide est peu exercé, lorsqu'on a jugé chemin faisant, en un mot, que la compression en totalité serait difficile, incertaine et par conséquent dangereuse, il faut procéder par compressions partielles et successives exercées sur les parties qui vont être atteintes par le couteau, lequel ne doit agir qu'au moment où l'aide a constaté l'arrêt des battements artériels.

J'ai la ferme confiance qu'en suivant les règles que je viens d'indiquer, on parviendra dans tous les cas à pratiquer la désarticulation de la hanche sans grande difficulté opératoire et sans perte de sang nuisible au blessé.

M. Tillaux. Avant de répondre aux questions qui m'ont été posées, je dirai que je suis tout disposé à reconnaître, lorsqu'on se sert du couteau, les avantages que peut présenter la méthode ovalaire ou en raquette. Je connaissais les expériences de M. Sée et je ne doutais pas qu'il fût possible de tailler un lambeau, mais je craignais que l'hémostase ne fût pas complète.

Je n'ai pas bien compris les raisons pour lesquelles M. Terrier dit avoir refusé d'opérer cette malade : car l'auscultation, faite avec grand soin, m'avait appris qu'il n'y avait pas de tubercules et l'autopsie me l'a prouvé. J'ai été étonné d'entendre M. Terrier dire que l'accumulation du pus n'a pas pu être la cause de l'infection purulente à laquelle a succombé ma malade.

M. Terrier. J'ai refusé d'opérer cette malade parce que je soupçonnais une généralisation du sarcome, non-seulement dans des points que l'on ne découvre qu'à l'autopsie tels que les vertèbres, crâne, sternum, mais même dans les poumons, où l'auscultation est impuissante à en faire reconnaître la présence.

Je suis loin de soutenir qu'il est inutile de donner un libre écoulement au pus, et la meilleure preuve, c'est que j'ai soin de passer des drains pour y parvenir ; mais je soutiens que la rétention du pus n'est pas une cause certaine de l'infection purulente et j'en trouve la preuve dans le cas de guérison obtenu par M. Tillaux avec le pansement ouaté. Pour moi, la cause de l'infection purulente ne peut s'expliquer que par les mauvaises conditions générales dans lesquelles se trouvait cette femme.

M. Tillaux. Je ne puis pas admettre que la faiblesse de mon

opérée fût une raison pour ne pas l'opérer; tous les jours nous opérons des individus, atteints de tumeurs blanches, parvenus à la dernière période d'ecticité et nous en guérissons.

Il suffit d'examiner la courbe des températures, qui ont été relevées deux fois par jour, pour affirmer que ma malade a succombé à une infection purulente qui a été occasionnée principalement par la rétention du pus ; aussi je suis d'avis de pratiquer le procédé conseillé par MM. Guyon et Perrin.

Lecture.

M. Berger lit un travail intitulé : *De l'épanchement articulaire du genou consécutif aux fractures du genou.* (Commission : MM. Sée, Delens, Lannelongue.)

Présentation d'instrument.

M. le secrétaire général présente, au nom de M. le Dr Hamon, de Fresnay, un appareil pneumatique.

Cet appareil est à quadruple effet; on peut : 1° pratiquer la saignée capillaire ; 2° produire une révulsion puissante, grâce à un système de réintroduction de l'air à discrétion ; 3° évacuer les collections liquides et purulentes ; 4° pratiquer les injections et les lavages à l'abri du contact de l'air.

La séance est levée à 5 h. 20 m.

Le secrétaire,
Horteloup.

Séance du 13 février 1878.

Présidence de M. F. Guyon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Pour Paris : les journaux périodiques de la semaine ; la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie.*

2° Pour la province : l'*Alger médical,* le *Lyon médical,* la *Revue médicale de Toulouse,* le *Bordeaux médical,* la *Revue médicale de l'Est,* la *Gazette médicale de Bordeaux.*

3° Pour l'étranger, le *British medical journal*, *Centralblatt für chirurgie*, la *Gazette Italienne-Lombarde*, les *Commentaires cliniques de Pise*.

4° Le fascicule des *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*.

5° Un mémoire de M. Bourgeois intitulé : *Contribution à l'étude des corps étrangers du conduit auditif externe*.

M. Bourgeois adresse de plus un instrument destiné à l'extraction des corps étrangers du conduit auditif externe (Commission : MM. Tillaux, Sée, Lucas-Championnière).

6° Un mémoire imprimé, de M. Chauvel, membre correspondant, intitulé : *De l'action de l'air sur les plaies* (présenté par M. Perrin).

7° Deux mémoires de M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, intitulés: l'un, *Inoculabilité de quelques affections cutanées;* l'autre, *Du pityriasis*.

8° Une lettre de M. Magitot qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

9° Un mémoire de M. Paul Lebrun, intitulé : *Essai sur le traitement des hémorrhagies artérielles de la main et du poignet*.

10° *Des indications thérapeutiques dans le catharre du sac et dans le rétrécissement du canal nasal*, par M. le Dr Romiée (Amiens).

A l'occasion du procès-verbal, la parole est demandée par M. Verneuil.

M. Verneuil. Je ne veux pas empiéter sur la discussion qui se poursuit devant l'Académie, mais je désirerais appeler principalement l'attention sur deux points qui me paraissent ressortir des opinions qui ont été soutenues.

Le premier point, sur lequel presque tous les chirurgiens semblent d'accord, a trait à l'importance considérable de faire l'économie du sang des opérés.

Toutes les observations de désarticulations de cuisse qui ont été réunies prouvent qu'en ménageant la perte de sang on éloigne une des principales causes de la mort. M. Tillaux, préoccupé d'obtenir ce résultat, a employé le meilleur procédé : la diérèse non sanglante; aussi sa malade a vécu 12 jours: elle avait donc traversé les premiers accidents, qui dépendent beaucoup de la déperdition sanguine.

Sur le second point, on est peut-être d'un avis moins unanime : je veux parler de l'indication que je regarde comme capitale, prévenir la rétention du pus et par conséquent empêcher sa putridité.

On peut, avec tous les procédés opératoires, chercher à prévenir la rétention du pus, mais le procédé avec lequel on arrive plus difficilement à ce but est le procédé à lambeaux. On pourra objecter que, pour parvenir à éviter cette rétention, on placera une mèche dans le fond de la plaie; mais cette mèche ne fera rien que de nuisible si elle se remplit de pus putride : aussi ne saurais-je trop répéter que, pour éviter semblable accident, il faut que la plaie soit béante.

Un accident qui paraît constant dans la désarticulation de la cuisse est la thrombose des veines; thrombose qui envahit non-seulement la veine iliaque externe, mais la veine iliaque interne, la veine iliaque primitive, remonte jusqu'à la veine cave et redescend dans les veines du côté opposé. Qu'il survienne de la fièvre, les caillots se détacheront et s'élanceront dans la circulation ; il est donc important que les caillots ne soient pas sceptiques, et, pour y parvenir, il faut à tout prix assurer l'écoulement facile du pus.

M. Perrin. Je voudrais dire un mot pour faire cesser une confusion qui peut exister entre ce que j'ai dit à la Société de chirurgie et mon discours à l'Académie. J'ai dit dans la précédente séance que j'avais fait 10 désarticulations, et à l'Académie je n'ai parlé que d'un seul cas; voici l'explication : à l'Académ ie, il s'agissait non-seulement du mode opératoire, mais encore des suites de l'opération, or, je n'ai voulu parler que du seul opéré que j'ai pu suivre ; à la Société de chirurgie, je ne me suis occupé que du procédé opératoire; et j'ai parlé de toutes les opérations que j'ai pratiquées, mais, malheureusement, sans avoir pu suivre les opérés, comme cela nous arrive trop souvent dans la chirurgie de guerre.

Rapport.

M. Duplay lit le rapport suivant sur une observation de *hernie traumatique du poumon*, par le Dr Cauvy (de Béziers) :

Le fait dont M. le Dr Cauvy vous a adressé la relation, en l'accompagnant de quelques remarques intéressantes, est relatif à un jeune homme de 24 ans qui fut frappé, dans une rixe, de plusieurs coups de couteau à la poitrine. Une seule de ces plaies, siégeant à la partie moyenne du neuvième espace intercostal, était pénétrante, et le médecin appelé aussitôt après l'accident constata que cette plaie donnait issue à une tumeur oblongue rougeâtre, saillante de 7 centimètres environ, et présentant elle-même une solution de continuité très-nette qui donnait issue à un léger suintement sanguin.

Le blessé qui avait, paraît-il, perdu beaucoup de sang et avait eu une syncope, éprouvait une dyspnée intense et une douleur vive au côté ; le pouls était petit et lent.

Aucune tentative de réduction ne fut faite et on se borna à appliquer sur la partie herniée des compresses d'eau froide.

Le lendemain, des phénomènes de réaction intense se manifestèrent, accompagnés de dyspnée et de douleur. Ces accidents semblèrent se calmer sous l'influence d'une saignée abondante.

Le blessé fut vu par le Dr Cauvy le 3e jour après l'accident. Il n'y avait pas de fièvre ; dyspnée modérée, mouvements respiratoires à peu près nuls, du côté gauche ; si le blessé cherche à les rendre plus forts, il survient de la toux et une douleur vive au niveau de la plaie. L'auscultation permet de constater l'absence de tout murmure recticulaire dans la partie inférieure du poumon gauche ; respiration faible sous la clavicule et dans les fosses sus et sous-épineuses; sans bruits anormaux. Un peu de matité en arrière et en bas du côté gauche.

Dans le point indiqué précédemment, il existe une tumeur, faisant une saillie de 9 centimètres environ étalée en forme de champignon, comme étranglée par les bords de la plaie thoracique, d'un rouge brun très-foncé, assez résistante, et rappelant par sa couleur et sa consistance le tissu hépatique. A la partie libre de cette tumeur, on observe une plaie oblique assez profonde.

Cette tumeur n'est pas douloureuse à la pression, elle n'est le siége d'aucune crépitation et ne subit aucune modification sous l'influence des mouvements respiratoires ou des efforts de la toux. Elle devient seulement le siége de douleurs vives lorsqu'on cherche à la réduire, à l'attirer au dehors, lorsque le blessé fait une forte inspiration ou lorsqu'il tousse.

M. Cauvy conseilla de ne pas tenter la réduction, de pratiquer la ligature et l'excision partielle de cette tumeur et de toucher légèrement la surface de section avec le perchlorure de fer.

Ce conseil fut suivi. La tumeur fut détachée en partie par le sphacèle, en partie par l'excision, et laissa à sa suite une plaie bourgeonnante qui marcha rapidement vers la cicatrisation, laquelle était complète le 28e jour après l'accident. A cette époque, le blessé était très-bien portant ; il accusait seulement quelques tiraillements douloureux, quand on l'invitait à tousser ou à faire une très-forte inspiration. La percussion et l'auscultation ne révélaient aucun signe anormal du côté qui avait été le siége de la blessure.

Enfin, sept mois plus tard le blessé a été revu, il était en parfaite santé et pouvait exercer le pénible métier de pêcheur sans difficultés, ni gêne, ni douleur.

Les observations de hernies traumatiques du poumon sont

rares, et à ce titre le fait que vous a communiqué M. Cauvy méritait de vous être particulièrement signalé.

Nous devons regretter, cependant, que l'observation reste muette sur certains détails importants et qui seraient de nature à éclairer quelques points encore douteux ou contestés de l'histoire du pneumocèle traumatique. Ainsi, M. Cauvy ne parle pas de l'étendue de la plaie thoracique qui livrait passage à la hernie pulmonaire, non plus que des dimensions exactes de la tumeur herniaire, dont il se borne à indiquer la saillie extérieure.

Je signale aussi comme un lapsus regrettable l'absence de renseignements sur les dimensions de la plaie qui occupait, ainsi que vous vous le rappelez, la portion herniée du poumon. Quoique cette circonstance se retrouve dans d'autres observations, on a pensé que le pneumocèle traumatique avec plaie du poumon ne pouvait guère se produire que dans les cas où cette plaie n'était pas assez large pour permettre la formation immédiate d'un pneumothorax abondant et par suite le collapsus du poumon. Le fait observé par M. Cauvy pouvait, à cet égard, éclairer ce point encore douteux de la pathogénie du pneumocèle.

Nous ne savons rien sur les phénomènes immédiats observés du côté de la hernie, puisque M. Cauvy n'a visité le malade que le troisième jour après l'accident; à cette époque, la tumeur herniaire était solide, non crépitante, absolument irréductible, et ne subissant aucune modification sous l'influence des mouvements respiratoires.

Enfin, nous aurions été curieux de connaître l'état exact de la cicatrice quelques mois plus tard, afin d'être rassuré sur la possibilité d'un pneumocèle secondaire.

En raison de ces omissions, le fait qui précède n'offrirait qu'un médiocre intérêt au point de vue de l'histoire du pneumocèle traumatique, si le Dr Cauvy ne l'avait accompagné de réflexions dont il me reste à vous entretenir et qui visent surtout le pronostic et le traitement.

Déjà Morel-Lavallée avait exprimé cette opinion que la hernie traumatique du poumon, loin d'être un accident grave des plaies pénétrantes de poitrine, semblait jouer le rôle d'une complication heureuse. Cependant, tout en reconnaissant d'après les faits publiés la bénignité relative des hernies traumatiques du poumon, l'auteur que je viens de citer ne s'était pas préoccupé d'en rechercher les causes et pensait que cette bénignité, plus apparente que réelle, s'expliquait sans doute par la tendance générale à publier de préférence les cas de guérison lorsqu'il s'agit de maladies rares.

Contrairement à cette opinion, le Dr Cauvy estime que si la hernie

traumatique du poumon est le plus souvent exempte d'accidents, cela tient en réalité à des conditions inhérentes à la lésion même.

En effet, la présence d'une portion de poumon hernié entre les lèvres de la plaie thoracique empêche la production des accidents immédiats les plus à craindre dans toute plaie pénétrante de poitrine, savoir : l'entrée de l'air dans la plèvre, l'emphysène sous-cutanée, les hémorrhagies externes et surtout internes; en sorte que, sauf l'exposition d'une portion de poumon au dehors et l'étranglement de la partie herniée, le pneumocèle traumatique traumatique remplissait pour ainsi dire l'office d'un bouchon obturateur qui transforme la plaie pénétrante de poitrine en une plaie non pénétrante, et prévient par conséquent le pneumothorax, l'emphysème, l'épanchement du sang dans la plèvre.

L'étude des faits semble confirmer de tous points la justesse de ces vues théoriques.

En effet, toutes les fois que la portion herniée du poumon a été abandonnée à l'extérieur et non réduite, soit qu'on l'ait laissée se détacher spontanément, soit qu'on ait facilité sa chute par la ligature ou l'excision, la guérison a eu lieu sans accidents; tandis que dans les cas où l'on a réduit la hernie pulmonaire, on a vu survenir des accidents graves et même la mort.

Sur 14 cas réunis par le Dr Cauvy, la mort a été deux fois la terminaison du pneumocèle traumatique ; or, précisément dans ces deux cas mortels, le poumon avait été lié, excisé, puis réduit.

Dans un troisième fait, rapporté par le Dr Junquel[1], la réduction simple d'une hernie traumatique du poumon fut suivie d'accidents inflammatoires des plus graves, qui mirent les jours du malade en danger. Il en fut de même dans une quatrième observation publiée par Angelo [2].

Ces vues nouvelles, relativement au rôle protecteur que joue la hernie du poumon dans les plaies pénétrantes de poitrine, me paraissent offrir une grande importance pratique, car elles entraînent comme conséquence logique à modifier les règles de traitement généralement prescrites par les auteurs dans les cas de pneumocèle traumatique.

En effet, tous conseillent la réduction, du moins lorsque la partie herniée n'est pas encore le siége d'altérations inflammatoires. A l'exemple de mes devanciers et entre autres de Nélaton, je n'ai pas craint de donner le même conseil et de prescrire, dans les cas où la réduction est difficile, d'élargir la plaie, d'écarter l'espace intercostal avec un coin de bois, pour permettre la rentrée du viscère.

[1] *Montpellier médical*, 1859, t. II, p. 127.

[2] *Gaz. med. de Milano*, 1844.

Cependant, j'avais été frappé des inconvénients sérieux de cette pratique dans les cas où la portion herniée du poumon était elle-même atteinte de plaie, et j'avais cru devoir proscrire la réduction.

D'après les remarques si judicieuses du Dr Cauvy, d'après les résultats détestables fournis par la réduction, je suis tout disposé à étendre cette prescription à tous les cas de hernie traumatique du poumon, et à établir pour celle-ci comme pour l'épiplocèle traumatique, au sujet de laquelle tout le monde est d'accord, le principe de la non réduction.

Ce principe une fois établi, et jusqu'ici la rareté du pneumocèle traumatique n'avait pas permis de le discuter, on peut se demander si la portion herniée du poumon doit être simplement abandonnée à l'extérieur, ou si le chirurgien doit intervenir pour abréger la guérison. Le petit nombre de faits que nous possédons rend la solution de cette question difficile.

Cependant il semble que la ligature suivie d'excision assure une guérison plus prompte que la temporisation. Dans un fait rapporté par le Dr Dufour [1], l'élimination spontanée de la tumeur herniaire dura 74 jours, la malade souffrit beaucoup et fut épuisée par une suppuration abondante.

En résumé, Messieurs, nous devons savoir gré à M. le Dr Cauvy d'avoir soulevé, à l'occasion d'un fait de hernie traumatique du poumon, une question de thérapeutique chirurgicale que la rareté de cet accident avait fait négliger jusqu'à présent, et d'avoir donné de cette question une solution que la théorie et l'expérience me paraissent également justifier.

J'ai l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser des remercîments à M. le Dr Cauvy et d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant;

2° De déposer son travail dans nos archives.

Ces conclusions sont adoptées.

Communications.

M. Ch. Périer lit l'observation suivante :

Luxation sous-acromiale incomplète de l'humérus. — Réduction instable.

La nommée G..., âgée de 25 ans, était fille de service à la Salpêtrière, dans le service des épileptiques, et sujette, comme les malades qu'elle soignait, à de fréquentes attaques hystériques et à des accès épileptiformes, d'origine ancienne et indéterminée.

[1] *Gaz. méd. de Paris*, 1854, p. 309.

Ces accès avaient ceci de particulier qu'ils s'accompagnaient de deux bruits de craquement siégeant dans l'épaule droite et s'entendant à distance, le premier au début, le second à la fin de la crise; cependant il arrivait quelquefois que le craquement de la fin n'était pas perçu, mais alors la malade revenue à elle souffrait de l'épaule et ne pouvait la mouvoir. Elle priait ses compagnes de lui tirer sur le bras, jusqu'à production du bruit, et de suite les mouvements devenaient possibles et la douleur cessait. A défaut de compagnes obligeantes, elle arrivait seule au même résultat en saisissant de la main droite un barreau de lit ou tout autre point d'appui et en tirant à elle énergiquement.

En raison de la fréquence et de l'intensité de ses attaques, elle fut envoyée à l'hôpital Saint-Antoine, pour pouvoir rentrer réglementairement à la Salpêtrière, non plus comme infirmière, mais comme épileptique. Pendant son séjour à Saint-Antoine elle eut, le 1er avril 1877, une luxation de l'épaule droite qui ne fut réduite que cinq jours après; pour la première fois elle cessait de pouvoir réduire elle-même sa luxation habituelle. Le 14 juillet, à la Salpêtrière, dans le service de M. Delasiauve, nouvelle luxation réduite sans chloroforme, par M. Bourneville. Le 14 août, chute sans attaque, luxation réduite après anesthésie. Entre temps l'épaule fut plusieurs fois réduite par un interne de garde.

Le 2 octobre, luxation plus difficile à réduire; la malade est admise le lendemain à l'infirmerie, où je la vois pour la première fois.

Je la trouve assise, penchée en avant, les avant-bras croisés et appuyés sur les genoux, le coude droit écarté du corps et soutenu par la main gauche. La tête et le cou sont inclinés à droite. La paroi antérieure de l'aisselle est déprimée, l'acromion et l'apophyse coracoïde sont un peu en saillie, la tête humérale paraît éloignée vers la profondeur. Le relief externe du deltoïde est effacé. En arrière et au-dessous de la base de l'acromion on sent une saillie arrondie: c'est la tête humérale, qui roule sous la main lorsqu'on imprime au bras quelques mouvements de rotation. Les mouvements de l'articulation scapulo-humérale sont très-limités et fort douloureux, l'abduction est impossible. L'avant-bras, et la main se meuvent librement. Les deux bras mesurés de l'acromion à l'épicondyle ne présentent pas de différence appréciable. Rien de particulier dans le creux de l'aisselle. La circulation et l'innervation sont intactes. Je diagnostique une luxation sous-acromiale incomplète.

Après avoir essayé infructueusement le refoulement de la tête et l'impulsion, je parviens à réduire en combinant l'extension à des mouvements de rotation de dedans en dehors, et j'immobilise le bras dans une écharpe.

Le lendemain la luxation s'était reproduite; nouvelle réduction suivie d'un nouveau déplacement. J'explore attentivement l'aisselle, cherchant à reconnaître une fracture de la cavité glénoïde sans en trouver aucun signe; ni crépitation, ni infiltration sanguine, ni point spécialement douloureux.

Dans l'hypothèse d'une interposition ligamenteuse entre les surfaces

articulaires, je procède, quatre jours après, à des tentatives nouvelles; la malade est soumise au chloroforme, et j'exerce une extension prolongée avec mouvements étendus de rotation et de circumduction, puis de refoulement avec rotation; le résultat est le même; réduction facile mais non maintenue. J'appliquai un appareil silicaté embrassant le tronc, l'épaule droite et le bras en laissant l'avant-bras libre; cet appareil, fendu et pourvu d'agrafes, pouvait être ôté et remis à volonté. Peu à peu la malade put se servir de l'avant-bras et même un peu de son bras, la luxation pouvant rester quelque temps réduite, mais le moindre effort la reproduisait en ramenant l'impotence du membre. En appliquant la paume de la main sur l'épaule, on peut avec le pouce luxer et réduire à volonté et sans provoquer de douleur sérieuse. C'est dans cet état que la malade quitta l'infirmerie, le 24 décembre, pour rentrer dans sa section, où elle succomba, le 11 janvier dernier, à la suite d'accès épileptiformes répétés.

L'autopsie fut pratiquée le surlendemain. Les parties qui entourent l'articulation ne présentent aucune lésion, ni infiltration, ni induration, les muscles très-développés se laissent aisément disséquer; la capsule articulaire est intacte, les bourses séreuses péri-articulaires ne portent pas traces d'inflammation.

La luxation et la réduction se produisent à volonté sans autre bruit qu'un frottement un peu rude. La luxation est bien sous-acromiale et incomplète.

En suivant du doigt le pourtour de la cavité glénoïde on sent que la demi-circonférence postérieure de la cavité a perdu son relief.

Une incision de la capsule en arrière met à nu les lésions. On aperçoit d'abord une large frange synoviale très-vasculaire, insérée à la face interne de la capsule et étalée sur la tête humérale, dont le cartilage d'encroûtement fort aminci laisse voir la teinte rosée du tissu osseux sous-jacent; le contour de la surface articulaire humérale forme un relief irrégulier dû à une prolifération osseuse semblable à celle qu'on observe dans l'arthrite déformante. En écartant les surfaces on aperçoit la cavité glénoïde dont les deux tiers antérieurs paraissent intacts, tandis qu'en arrière le cartilage d'encroûtement et le bourrelet glénoïdien ont disparu laissant le tissu à découvert. La tête de l'humérus n'appuie donc sur la cavité glénoïde que par une portion de sa surface en avant, et il existe en arrière entre les deux os un espace vide. Cette disposition explique très-suffisamment et la facilité avec laquelle la luxation pouvait se produire et l'instabilité de la réduction.

Il serait superflu de chercher à rattacher ces lésions à une fracture antérieure. Faut-il les rapporter à une altération des centres nerveux? On peut se poser cette question, car chez cette malade on a trouvé dans le cerveau une tumeur considérable au sujet de laquelle M. Bourneville m'a remis la note suivante : « La tumeur cérébrale se trouvait à gauche, elle occupait la partie antérieure de la corne frontale et offrait presque le volume du poing, elle empiétait sur le corps calleux du côté gauche, toute la corne frontale droite au contraire était

considérablement atrophiée et réduite à un petit moignon. La tumeur ressemblait à de la gélatine et présentait, aux points de vue macroscopique et microscopique, tous les caractères d'un gliome. Elle n'a jamais déterminé pendant la vie aucune contracture, ni aucune paralysie, ni du côté gauche, ni du côté droit. L'épilepsie dont la malade était atteinte, remontait à une époque plus éloignée et était probablement elle-même sans rapport avec la tumeur; non plus d'ailleurs que les lésions observées du côté de l'épaule. » Bien que je n'aie pas eu souvent l'occasion d'observer des arthropathies liées avec altérations des centres nerveux, les descriptions données par MM. Charcot et Ball, et les quelques pièces que j'ai pu voir à la Salpêtrière, me font aussi considérer les lésions que je viens de décrire, comme dépourvues de toute relation avec la tumeur cérébrale.

Il s'agit ici d'une arthrite sèche dont le développement s'explique par la répétition si fréquente de la luxation, la lésion s'est prononcée de plus en plus du côté où se faisait la luxation, et elle est arrivée peu à peu à un degré tel que la cavité glénoïde a cessé de fournir à la tête humérale un point d'appui suffisant.

Toutefois je reconnais que la nature des lésions n'est pas par elle-même suffisante pour trancher la question. A leur début les arthropathies d'origine nerveuse peuvent ressembler assez à l'arthrite sèche pour qu'il ne soit pas toujours possible, même aux anatomo-pathologistes les plus compétents, de se prononcer affirmativement. Mais chez notre malade l'apparition des lésions articulaires est, sans nul doute, postérieure à la luxation dont l'épaule était le siége si fréquent depuis quatre années; chez les autres, au contraire, la luxation résulte toujours d'une altération préalable des éléments constitutifs de la jointure. Une différence aussi tranchée me paraît légitimer la conclusion que je viens d'émettre.

La luxation sous-acromiale est une variété assez rare; à ce point de vue, cette observation mériterait encore de vous être signalée. Je vous rappellerai que Malgaigne n'en a rassemblé que 34 observations, et que sur 29 où la cause était indiquée, 7 fois la luxation avait eu lieu dans une attaque d'épilepsie, comme chez notre malade. Il faut admettre dans la plupart de ces cas, l'influence de l'action musculaire convulsive; elle agirait alors en produisant une torsion exagérée en dedans: ce mouvement a d'ailleurs été évident lors de certaines luxations produites par des violences extérieures; et c'est aussi en tordant l'humérus en dedans sur le cadavre que l'on fait passer le plus facilement la tête de l'humérus au-dessous de l'acromion.

M. Houël. En examinant la pièce que nous a présentée M. Périer, je crois qu'il y a dû avoir fracture du bord postérieur du sourcil glénoïdien; cette région ne présente pas, autant qu'on peut en juger à travers la capsule, la forme normale: elle paraît coupée à angle aigu. Le fragment a dû se porter en arrière et se consolider dans cette position, en formant ainsi une cavité dans laquelle se

logeait la tête humérale. Ce genre de luxation est fréquent dans la fracture du bord antérieur du sourcil glénoïdien.

M. Périer. La luxation n'a présenté ce caractère de réductibilité instable que depuis deux mois ; or, je ne vois pas là les traces d'une fracture récente.

M. Houël. J'expliquerais l'instabilité de la réduction par l'élongation de la capsule, produite par le tiraillement de l'articulation, dans les luxations successives.

M. Périer. Il suffira, pour savoir si cette explication est la vraie, d'ouvrir la capsule et d'examiner la cavité glénoïde.

M. Desprès communique l'observation suivante :

Anévrysme diffus volumineux de l'aisselle. — Tentative de ligature de la sous-clavière. — Mort.

Chatel (Françoise), 40 ans, journalière, entre, le 15 décembre 1877, à l'hôpital Cochin, salle Cochin, 7.

La veille de son entrée, cette femme a été battue par un individu vigoureux, qui, la tenant par la main, lui a tordu avec force le bras dans différents sens. La malade a entendu, dans son épaule, des craquements violents et s'est trouvée mal.

A son entrée, les mouvements spontanés de l'épaule droite sont absolument impossibles, les mouvements provoqués possibles, mais douloureux, il n'y a pas de luxation.

Tuméfaction considérable du moignon de l'épaule; le creux de l'aisselle paraît occupé par un épanchement sanguin considérable. Ecchymoses de l'aisselle et de la face interne du bras. Pas de battements. Le pouls existe dans la radiale et dans la cubitale. La paroi antérieure de l'aisselle est sillonnée par de nombreuses veines dilatées.

Diagnostic : Epanchement sanguin considérable, dû probablement à des ruptures musculaires et veineuses.

24 *décembre.* — Pendant la nuit, douleur subite dans l'épaule se propageant au bras, à l'avant-bras et à la main. Sensation de fourmillement dans la main et au bout des doigts. Sensation de brûlure dans toute la région palmaire.

La paroi antérieure de l'aisselle paraît plus saillante que la veille. Le bras est tuméfié.

Les doigts appliqués sur la paroi axillaire antérieure sont soulevés avec une force assez considérable, on entend un souffle à l'auscultation.

Le pouls radial droit est plus petit que le gauche, mais toujours perceptible.

Pas de différence de température dans les deux mains.

En présence de ces nouveaux signes, on porte le diagnostic de : Anévrysme faux consécutif sur une des branches collatérales de l'axillaire, l'acromo-thoracique ou les circonflexes.

Les jours suivants, même état. Augmentation du bras et de l'avant-bras.

7 *janvier*. — Grandes crises de douleurs qui ne sont soulagées ni par l'opium, ni par les piqûres de morphine.

M. Desprès propose la désarticulation de l'épaule, qui est refusée énergiquement.

La compression digitale ne pouvant être tentée à cause de l'élévation de la clavicule et du gonflement énorme de l'épaule, il fallut songer à la ligature pour empêcher, du moins, l'accroissement et la rupture de l'anévrysme ; en tous cas, avant de faire la ligature, il était prudent d'attendre le rétablissement de la circulation collatérale : c'était l'avis de M. Broca, que M. Desprès avait prié d'examiner la malade.

9 et 10 *janvier*. — Accroissement lent de la tumeur, mais avec des crises douloureuses, quoiqu'il n'y ait aucune menace de suppuration.

12 *janvier*. — Violent frisson, la température monte à 39°,4. Un grand vésicatoire placé sur l'épaule droite fait tomber la température à 37°,6, puis à 38°.

Les battements ont disparu, le bruit de souffle seul persiste avec son maximum sur le bras et non sur la tumeur primitive; fluctuation sans battement sur le bord postérieur du deltoïde. M. Desprès pense que l'articulation est remplie de sang, mais l'absence de douleurs sur la partie fluctuante permet d'affirmer qu'il n'y a pas de pus. On propose de nouveau la désarticulation.

Nouvelles crises aiguës, les 14, 15 et 16 *janvier*. Vésicatoires volants qui ont certainement empêché la suppuration de l'anévrysme.

L'œdème du bras, de l'avant-bras augmentent ; le creux axillaire sus-claviculaire est presque effacé, mais la tumeur est devenue un peu plus dure, les battements ne persistent plus que dans l'aisselle et en arrière, au niveau du point fluctuant. Crises, les 18, 19, 21, 22 et 23 janvier.

Il n'y avait plus qu'à attendre l'ouverture de l'anévrysme et la mort ou à tenter la ligature de la sous-clavière, nous pûmes obtenir que la malade se laissât faire ce que nous appellions une incision. Depuis 8 jours la malade dépérissait et présentait les signes évidents de l'anémie aiguë, les lèvres étaient pâles et l'amaigrissement du corps était considérable. Il est juste de dire que la malade, depuis que l'on était obligé de la narcotiser, avait perdu l'appétit et ne se nourrissait que de bouillons.

Le 28 janvier, M. Desprès pratique l'opération de la ligature avec l'aide de MM. Nicaise et Delens.

La malade est chloroformée, incision parallèle à la clavicule de 8 centimètres de long et à 1 centimètre au-dessus de la clavicule, recherche de la veine jugulaire externe qui est attirée en dehors et en arrière. Incision de l'aponévrose sur la sonde cannelée, une petite veinule ouverte est serrée dans une pince.

Recherche du paquet nerveux. La profondeur à laquelle il fallut aller était de 7 centimètres au moins. La malade était opérée à son lit; l'épaule, appuyée sur un oreiller bas, était exposée à la lumière venant d'en haut, mais le jour n'était pas suffisant et l'on dut avoir recours à la lumière d'un rat-de-cave. Il n'est pas besoin de dire que le gonflement de toute l'épaule s'opposait absolument à l'abaissement du moignon de l'épaule, le plexus brachial découvert et attiré en arrière, l'artère fut recherchée au milieu du tissu cellulaire infiltré de sang. Le tubercule de la première côte ne pouvait être senti, les recherches que M. Desprès conduisait avec lenteur furent très-longues, il fallait dénuder le moins possible les nerfs et les artères pour éviter les fusées purulentes et la suppuration de l'anévrysme diffus et la pleurésie purulente. Une autre circonstance rendait cette recherche difficile, c'était la faiblesse du battement de l'artère qui était étirée et aplatie sur la première côte, où on la trouva tout à fait sous le tendon du scalène antérieur. De cette artère partait une artériole diminuée de volume qui battait cependant et qui paraissait être la scapulaire commune. Il n'y avait aucun écoulement gênant de sang. L'artère fut alors isolée dans une très-petite étendue, et elle dut être séparée du tissu cellulaire avec une forte sonde cannelée. Les battements une fois reconnus, M. Desprès chargea l'artère avec une aiguille de Deschamps à courbure latérale de dimension ordinaire. L'artère fut chargée, mais il fut impossible de dégager la pointe de l'aiguille, qui accrochait les nerfs. L'aiguille avait une courbure trop grande. M. Desprès, n'ayant pas d'aiguille à petite courbure telle que celle de M. Trélat, recommença avec la même aiguille, qui ne put pas soulever la partie chargée, et il fallut avec une pince aller chercher le fil qui se voyait à peine au bout de l'aiguille qui ne pouvait pas remonter. Le talon de l'aiguille et le manche étaient limités dans leurs mouvements par la clavicule et la première côte. Lorsque le fil fut placé, on chercha les battements et on les sentit faiblement; mais, comme on les avait sentis avant la ligature, le fil fut serré, la plaie pansée avec des bandelettes de diachylum et des compresses d'eau à la température de la salle. L'opération avait duré une heure.

Immédiatement après l'opération les battements ont disparu. La température du membre est plus basse que celle du côté opposé de 6/10 de degré. Douleurs dans le bras.

Le 29, la tumeur est dans le même état, battements faibles, bruit de souffle dans l'anévrysme.

Le 30, température 39°,6; battements à la partie antérieure du bras. La plaie suppure peu, pas de traces d'inflammation.

Le 31, battements plus faibles, température 39°.

Le 1er *février*, l'œdème de la main et de l'avant-bras augmente, fluctuation franche dans la tumeur, battements imperceptibles, température 37°,6. La malade ne se nourrit que de bouillon, depuis son opération comme avant l'opération,

La malade s'affaiblit toujours et ses lèvres pâlissent, il y a au siége une petite escharre qui s'agrandit.

Le 2 *février*, œdème dur de tout le membre, la tumeur ne change toujours pas de volume.

Le 3, température 39°,2.

Le 4, douleurs continues, température 39°.

Le 5, une grande crise de douleurs semblables à celles qui existaient avant l'opération.

L'amputation du bras est encore proposée à la malade, qui la refuse.

Le 6, la main et l'avant-bras deviennent insensibles. Phlictènes et marbrures sur le bras.

La tumeur, examinée, est dure et ne présente plus de battements ni de souffle qu'à la partie supérieure du bras. La gangrène du bras se confirme. Etat anémique de plus en plus marqué. Température 38°,8. La plaie est toujours en bon état. Il y a eu dans la nuit une crise douloureuse.

Le 7, même état.

Le 8 au matin, mort.

A l'autopsie nous avons trouvé une vaste poche pleine de caillots passifs comprenant l'aisselle, l'articulation scapulo-humérale, la voûte acromiale, la région sous-scapulaire où l'omoplate était à nu; la tête de l'humérus, jusqu'au delà du col chirurgical dénudé, baignait dans des caillots mous; les artères, les nerfs, les tendons disséqués traversaient la poche anévrysmale. L'artère axillaire accolée à la paroi antérieure de la poche était aplatie comme un ruban. La veine axillaire entourée de tissu lardacé n'avait plus de veines afférentes et était réduite à un cordon mince; les muscles petit pectoral, sus- et sous-épineux et sous-scapulaires étaient arrachés ou aplatis.

L'artère axillaire était intacte, le vaisseau blessé était le tronc commun des circonflexes qui avait été arraché à son origine. Il y avait à ce niveau, en dehors de l'artère, des caillots actifs, tracé de l'anévrysme faux consécutif qui avait existé au début. La thoracique longue sortait de l'artère axillaire très-près de l'artère arrachée, moins de 5 millimètres. Pour donner une idée du volume de la tumeur, il suffira de dire que *post mortem* on a retiré de l'anévrysme plus de 2 litres et demi de caillots passifs ; en aucun point il n'y avait de pus.

Du côté de la plaie de la ligature, les parties molles étaient en voie de réparation, il n'y avait pas de fusées purulentes. Le nerf radial seul avait été lié, l'artère avait échappé. Elle était dénudée dans une étendue de moins de 1 centimètre, et était située immédiatement au-dessous du nerf qui lui était intimement accolé.

De cette autopsie on pouvait conclure que le mal primitif était un épanchement de sang veineux, un thrombus; qu'il s'est formé ensuite un anévrysme circonscrit; que cet anévrysme ne pouvait se former régulièrement et qu'il est devenu diffus; que de la sorte l'épanchement de sang veineux s'est transformé en un anévrysme diffus; enfin que, la ligature de l'artère n'ayant pas été faite, la mort est survenue avant la rupture de l'anévrysme ou son inflammation, par

une sorte d'anémie aiguë. La moitié du sang de la malade étant passé dans son anévrysme, et la nourriture que prenait la malade, épuisée par les douleurs, étant insuffisante, la gangrène du bras n'est arrivée que dans les deux derniers jours de la vie.

La capsule de l'articulation est très-largement déchirée, il a dû y avoir une luxation de l'épaule au moment de l'accident, mais la luxation s'est réduite seule à cause de l'étendue de la déchirure de la capsule.

A ce propos il est bon de remarquer combien les articulations mutilées ont de tolérance lorsqu'il n'y a pas de plaie aux téguments.

En dehors de la blessure des artères circonflexes, seules arrachées de l'axillaire, dont le tronc était du reste parfaitement sain, ce qu'il y avait de remarquable dans ce fait, c'était l'accroissement lent et continu de la tumeur, les alternatives de battements et de cessation de battements ; le bruit de souffle seul a persisté tout le temps, et depuis le 25 janvier le maximum du bruit de souffle existait sur le trajet de l'humérale au-dessous de l'anévrysme et avait disparu dans la tumeur qui soulevait le grand pectoral; il était clair que l'anévrysme se remplissait par le bout inférieur. J'avais eu même à ce moment la pensée de faire la ligature par la méthode de Brasdor sur l'artère humérale. La malade, épuisée par des crises douloureuses répétées, s'anémiait rapidement et résistait toujours cependant à l'idée de toute opération. L'autopsie de la tumeur montre bien que les lésions étaient à peu près au-dessus des ressources de l'art. Jamais on n'aurait pu obtenir la guérison de cet anévrysme diffus alimenté par du sang veineux et par du sang artériel, fourni par 4 collatérales; il était impossible d'espérer l'oblitération de l'artère axillaire.

Il n'y aurait eu qu'un seul moyen de guérir cette lésion artérielle, la ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de l'arrachement du tronc commun des artères circonflexes. Pour arriver à faire cette ligature il eût fallu faire l'amputation du bras, la désarticulation de l'épaule d'emblée. C'est ce que j'avais proposé à la malade dès le 10 janvier, mais elle s'y est refusée obstinément. Sans doute nous aurions eu une vaste plaie qui aurait suppuré, et cela eût été très-grave. Il aurait aussi fallu faire la désarticulation à lambeau pour avoir de la peau saine et du muscle sain, car le grand pectoral était le seul muscle de la paroi antérieure de l'aisselle à peu près intact.

Si la ligature avait été faite au moment où l'anévrysme avait le caractère d'un anévrysme faux consécutif, aurions-nous guéri la malade? Je ne le crois pas; il y avait comme précédent l'observation de Nélaton, et d'ailleurs les observations que javais consultées,

ainsi que l'excellent livre de M. Broca, enseignent qu'il faut attendre un laps de temps assez considérable et tenter la compression digitale avant de recourir à une ligature qui expose si souvent à des hémorrhagies mortelles.

Il y avait encore dans l'histoire clinique de l'anévrysme des contre-indications ; je supposais que les artères déchirées étaient les circonflexes ou l'acromio-thoracique, et la ligature de la sous-clavière pour un anévrysme de ce genre eût été à peu près certainement innefficace. Plus tard il y eut anévrysme diffus, œdème du bras et dilatation des veines sous-cutanées, ce qui, à part l'absence du *thrill*, faisait soupçonner un anévrysme diffus artérioso-veineux : dans ce cas, la ligature par la méthode d'Anel était également contre-indiquée. Si j'ai tenté la ligature, à la fin, dans des conditions où A. Cooper, à cause de l'élévation de la clavicule, a renoncé à faire la ligature de la sous-clavière, c'est que l'œdème de la région sous-claviculaire n'était pas excessif, et parce que j'espérais retarder de si peu que ce soit la rupture de l'anévrysme, en liant avec le plus de précautions possibles la sous-clavière.

L'opération que j'ai pratiquée complète la série des faits de Warren et de Dupuytren. Warren avait lié l'artère avec les nerfs, témoin la paralysie du bras après l'opération. Dupuytren avait lié une partie de l'artère avec le nerf. J'ai lié le nerf seul. Y a-t-il d'autres observations du même genre? je ne sais; en tout cas, elles n'ont pas été publiées.

Les précautions que j'avais prises pour faire une ligature qui ne donnât pas lieu à une hémorrhagie ont été cause de la gêne que j'ai éprouvée pour découvrir l'artère et la charger. J'opérais à une profondeur de 7 centimètres, au moins, et, malgré l'habileté de mes aides et la lumière d'un rat-de-cave, je ne distinguais que difficilement le fond de la plaie. Pour éviter de dénuder trop l'artère, je procédai lentement et sur une très-petite surface. L'artère a été vue néanmoins, et ce qui nous a échappé, c'est un nerf aplati adhérent à l'artère aplatie elle-même et étirée comme un ruban sur la première côte. L'artère a été chargée la première fois et elle a échappé la seconde.

Quand sur dix ligatures dont nous n'avons pas toutes les autopsies, on trouve que 3 fois le nerf a été pris dans la ligature, il faut que l'on soit bien prévenu de ce fait que la racine du nerf radial, au moins dans les cas d'anévrysmes axillaires, est accolée intimement à l'artère; que le véritable point de repère profond pour lier la sous-clavière est la recherche et au besoin la dissection du nerf radial, et que l'on doit chercher le nerf d'abord et l'artère ensuite sur le bord du tendon du scalène antérieur.

Un dernier mot encore sur les trois seuls cas de guérison d'un

anévrysme diffus par la ligature de la sous-clavière : deux fois l'anévrysme était ouvert, et il n'y avait pas de tumeur gênante remontant fortement la clavicule; les opérateurs se sont trouvés dans les conditions d'une ligature pratiquée pour une plaie de l'aisselle, et on sait qu'il y a déjà, sans compter l'observation de M. Panas, un certain nombre de succès : c'est ce qui ressort de l'article de M. Lefort dans le *Dictionnaire encyclopédique*, où tous les faits connus à la date de 1867 ont été réunis.

M. Gillette. En écoutant la description de la si intéressante opération exécutée par M. Després, j'ai regretté de n'avoir point entendu mettre à profit les indications que donne, dans la ligature de la sous-clavière, le tubercule de la première côte. On peut dire que pour lier cette artère profondément placée, c'est certainement le meilleur point de repère : car, une fois reconnu, il suffira de porter l'aiguille de Deschamps en avant de la première côte, pour être sûr de charger l'artère.

M. Maurice Perrin. J'attache une grande importance à la recherche du tubercule de la première côte, mais je crois que le scalène antérieur est un point plus net ou plus utile pour se guider dans la ligature de la sous-clavière que je regarde comme une des opérations les plus graves que l'on puisse tenter.

Je ne crois pas, comme l'a dit M. Després, que les hémorrhagies secondaires tiennent à la manière dont on se sert de la sonde cannelée, elles sont dépendantes des difficultés de l'opération. Je voudrais savoir si la gangrène, qui a été notée, s'est développée primitivement ou si elle dépendait de la gêne de la circulation.

Quant au diagnostic de l'artère qui était le siége de l'anévrysme, je crois qu'il était possible de reconnaître que l'artère lésée devait être une des artères collatérales de la sous-clavière. Pour l'établir je me base sur l'intermittence des artères de l'avant-bras. J'ai déjà eu l'occasion de me servir de ce signe pour établir le diagnostic dans un cas analogue.

Un officier reçut un coup de feu dans l'aisselle, le trajet du projectile était juste dans la direction de l'artère, et le blessé avait perdu une grande quantité de sang au moment de la blessure.

Lorsque je pus examiner cet homme, le sang était arrêté et il n'y avait pas de battements du pouls ; comme il n'y avait pas urgence, j'attendis et je vis réapparaître le pouls, qui disparut de nouveau pour réapparaître ensuite. Cette intermittence me fit penser que la blessure avait pour siége une des artères collatérales et que l'épanchement du sang produisait la compression de l'artère principale qui suspendait les battements.

Au bout de quelques jours la cicatrisation se produisit et les battements artériels revinrent réguliers après un mois.

M. Farabœuf. Je crois que la narration que vient de faire M. Desprès est bien la preuve du peu de service que donne l'œil comparativement à celui que donne le doigt dans les ligatures.

Le premier point dans la ligature de la sous-clavière est de placer son malade dans de bonnes conditions du jour, puis, cherchant sur le côté sain le point d'émergence de l'artère, entre les scalènes, on peut avec des mensurations trouver le point correspondant sur le côté malade.

Après avoir incisé sur le point indiqué, on porte le doigt pour reconnaître le tubercule de la 1re côte et le tendon du scalène qui forme une corde, puis, en arrière, on trouve un creux, au fond duquel on sentira une lanière, plus épaisse aux bords qu'au milieu, qui s'aplatit sur la 1re côte, c'est l'artère sous-clavière. Pour la saisir j'emploie, non l'aiguille courbe de Deschamps, mais une aiguille droite que je conduis derrière mon doigt jusqu'à ce que j'éprouve la sensation de la côte, sensation de dureté très-caractéristique; puis, dirigeant le bec de l'aiguille en avant, l'artère se charge d'elle-même.

M. T. Anger. J'ai été frappé, dans le fait de M. Desprès, de la facilité avec laquelle s'est effectuée la rupture de l'artère. Il est rare de voir une simple traction produire semblable lésion lorsque l'artère est saine.

J'ai eu dans mon service un homme de 54 ans, buveur, qui s'était luxé l'humérus, avec fracture de la tête; je voulus réduire la luxation par la traction faite avec un caoutchouc, mais il se produisit une sensation de déchirure avec apparition d'une tumeur pulsatile qui, en quelques minutes, présenta le volume d'une mandarine. Les signes ne pouvaient laisser aucun doute sur le diagnostic d'une rupture artérielle que je crus pouvoir localiser à l'artère circonflexe.

La guérison s'obtint, avec de la compression et de l'immobilité, en 15 jours; je fus sur le point d'opérer, mais le souvenir d'un fait analogue observé dans le service de M. Nélaton, guéri spontanément, m'engagea à ne pas intervenir.

M. Tillaux. L'opération a été bien exécutée, puisque M. Desprès a vu et saisi l'artère; le point défectueux a consisté dans l'abandon de l'artère, puisqu'en voulant charger l'aiguille il a pris un nerf. Cette confusion est tellement à craindre dans la ligature de la sous-clavière, que je me souviens avoir entendu Malgaigne donner le conseil, après avoir passé le fil sous le cordon que l'on

pense être l'artère, de le piquer pour être certain par la sortie du sang que l'on tient exactement l'artère.

M. Terrier. J'ai fait, sur le vivant, une ligature de la sous-clavière et je sais combien cette opération est difficile. Je puis dire qu'on est fort embarrassé et que l'on opère comme on peut.

Le malade que j'ai opéré avait un anévrysme diffus très-considérable, aussi l'épaule était-elle excessivement soulevée et l'artère se trouvait à une profondeur de 6 centimètres. Comme M. Després, j'ai trouvé des nerfs qui m'ont rendu très-difficile la dénudation de l'artère, et même, après avoir reconnu le tendon du scalène antérieur, si je m'étais contenté de suivre les indications données par M. Farabœuf, j'aurais pris, non pas l'artère, mais, sûrement, le nerf.

J'ai dénudé avec grand soin l'artère, et M. le professeur Le Fort, qui voulait bien m'assister, a pu saisir avec un petit tenaculum droit, l'artère, dont on sentait et dont on voyait les battements. Le malade a guéri.

M. Després. Lorsque j'ai voulu faire la compression digitale, j'avais recherché le tubercule de la 1re côte sans avoir jamais pu le sentir, l'épaisseur des téguments s'y opposant; lorsque l'incision a été faite, je n'ai pas été plus heureux et j'ai dû me guider sur le tendon du scalène. C'est en me basant sur ce tendon que j'ai pu découvrir l'artère, dont la recherche a été excessivement difficile, à cause de sa situation à la partie inférieure; je l'ai saisie, mais j'ai eu le tort de l'abandonner; aussi, pour éviter un semblable accident, j'emploierai, si je refais cette opération, l'instrument proposé par M. Trélat.

Si je n'avais pas abandonné l'artère, j'aurais compris dans la ligature le nerf radial qui était accolé à l'artère, car je crois qu'il était impossible de le distiuguer et de le séparer.

A l'amphithéâtre, la ligature est facile, on peut bien reconnaître tous les points de repère, écarter ce paquet nerveux; mais sur le vivant, avec un anévrysme qui change les rapports, il en est tout autrement.

La sensation de lanière dont parle M. Farabœuf est bien différente sur le vivant, et je crois que, dans ce cas, il faut attendre que la plaie soit à sec: car, alors, on peut distinguer la coloration jaunâtre de l'artère.

La gangrène a été produite par la gêne de la circulation, qu'occasionnait la formation de caillots, et par le mauvais état de la malade.

L'opéré de M. Terrier a eu une hémorrhagie consécutive, qui a

tenu aux dégâts qu'il a fallu faire pour lier l'artère, et c'est cela que j'avais voulu éviter.

Présentation de malades.

M. Desprès présente un malade atteint de paralysie des muscles de l'abdomen et du rachis simulant une coxalgie double.

La séance est levée à 5 h. 40 m.

Le secrétaire,
Horteloup.

Séance du 20 février 1878.

Présidence de M. F. Guyon.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la province et de Paris;

Les *Archives de médecine navale;*

Le *Bulletin général de thérapeutique;*

Les *Annales de gynécologie;*

2° Le *Bordeaux médical*, la *Gazette médicale de Bordeaux*, le *Lyon médical.*

3° Une brochure intitulée : *Le pansement d'Alphonse Guérin à la Société royale des sciences médicales de Lisbonne;*

Discours de M. le professeur Barbosa;

Centralblatt für Chirurgie, la *Chronique médico-chirurgicale de la Havane ;*

La *Gazette de santé militaire de Madrid ; Lehrbuch der Chirurgie und Operations lehre*, von Dr Edouard Albert de Vienne ;

British medical Journal, la *Gazette médicale Italienne Lombarde.*

4° Le XXVIIIe volume des *Transactions* de la Société pathologique de Londres.

5° *Note sur la fièvre symptomatique des néoplasmes*, par M. Verneuil suivie d'un *extrait du travail de M. le professeur Esttander, sur la température des sarcomes.*

6° Une lettre de M. Marjolin qui, appelé pour un accident, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

7° Une thèse intitulée : *Du pronostic des fractures compliquées traitées par la méthode antiseptique.*

8° Un travail de M. le Dr Guyon, *sur les troubles digestifs signalés chez les urinaires.*

A l'occasion de la présentation faite par M. Verneuil de la thèse de M. Vitu : *Sur le pronostic des fractures compliquées* traitées par la méthode antiseptique, MM. Boinet et Desprès disent qu'ils se réservent de présenter à la Société une série d'observations de fractures compliquées, guéries sans avoir eu recours au pansement antiseptique, dont ils ne reconnaissent nullement la supériorité.

A l'occasion du procès-verbal, M. Périer demande la parole :

J'ai l'honneur de vous soumettre, ainsi que je m'y étais engagé, la discussion de l'articulation scapulo-humérale que j'ai présentée dans la dernière séance. Vous vous souvenez que, pour expliquer l'instabilité de la réduction, M. Houël pensait à une fracture du sourcil postérieur de la cavité glénoïde, fracture que je ne croyais pas pouvoir admettre.

Par un trait de scie qui longe le bord inférieur de l'épine de l'omoplate, j'ai séparé la cavité glénoïde en deux parties à peu près égales.

Ce qui frappe de suite, c'est que la tête de l'humérus a été, comme la cavité, profondément modifiée dans sa forme et dans sa structure, mais les lésions, loin de porter sur la partie postérieure, cessent sur la partie antérieure. Le quart antérieur de la sphère a disparu, et n'est plus représenté que par un bourrelet osseux mamelonné, situé à un niveau bien inférieur, environ 6 millimètres, et séparé de la portion intacte par une gouttière très-accentuée, qui pendant la luxation s'adapte exactement à l'angle saillant que la cavité glénoïde forme à l'endroit où elle est interrompue.

Toute cette portion antérieure de la tête humérale est dépourvue de cartilage et recouverte d'une membrane lisse, qui glisse facilement sur l'os sous-jacent et dont la minceur laisse voir la couleur rosée des parties qu'elle recouvre, Le cartilage diarthrodial est interrompu brusquement et semble avoir été soumis à une section linéaire d'une parfaite régularité.

Sur la coupe de la cavité glénoïde, on voit que le cartilage diarthrodial est coupé aussi nettement; la lame compacte de la peau postérieure de l'omoplate se prolonge jusqu'à la surface glénoïdienne, au point même où cesse le cartilage; mais cette lame porte une saillie osseusse de forme prismatique et faisant un relief d'un centimètre environ. Son sommet, déjeté en arrière et en dedans, donne insertion à la capsule; sa face antérieure, qui représente une cavité de nouvelle formation, est recouverte jusqu'à la cavité glénoïde, d'un tissu fibreux assez épais; enfin, dans l'épaisseur de la capsule près de son insertion, existe un petit noyau osseux mobile. La surface interne de la synoviale est couverte de franges et de végétations.

J'ai soumis la pièce à l'examen de M. Houël, qui croit toujours à l'existence d'une fracture ancienne; je ne suis pas très-convaincu et je vois plus là les traces de pressions énergiques. Je n'ai pas trouvé dans l'histoire de cette fille les preuves de fractures ou de blessures de l'épaule, et je crois que cet accident aurait été noté lorsque cette femme est entrée pour des attaques d'épilepsie survenues à la suite d'une tentative de viol. N'ayant aucun renseignement, il faut donc chercher une explication dans l'examen de la pièce. Or, ce n'est pas très-facile.

Malgaigne, en étudiant les altérations produites dans les luxations anciennes, dit que certains auteurs, Thomson entre autres, ont pris ces déformations pour des fractures; cependant il pense que la méprise ne devrait pas être commune, si on étudie les caractères différents de ces deux lésions.

Dans son Atlas, planche XXI, figure 4, il représente une coupe de cavité glénoïde prise sur une luxation ancienne non réduite, que l'on croirait copiée sur notre pièce, si ce n'est que la luxation est en avant. Dans la planche XXII, figure 4, se trouve une fracture de la cavité glénoïde, mais la partie détachée s'est soudée à l'omoplate dans une situation déclive par l'intermédiaire d'un cal appréciable, et de plus, la cavité articulaire est parsemée de débris de cartilages, l'aspect diffère complétement de celui d'une figure précédente.

Si on compare ici la cavité glénoïde et la tête humérale, on voit que les lésions sont incontestablement de même nature, et M. Houël, qui le reconnaît, croit que la tête humérale a été fracturée comme la cavité glénoïde, bien qu'en un point diamétralement opposé.

Je crois la fracture humérale moins admissible que celle de l'omoplate, et l'identité des lésions me semble un argument puissant contre la thèse de mon honorable contradicteur.

Je persiste donc à voir là un effet des pressions fréquentes et prolongées auxquelles les parties ont été réciproquement soumises

lors des attaques si nombreuses d'épilepsie, pendant lesquelles la rotation de l'humérus en dedans était portée à son maximum, avec toute l'énergie que possèdent des muscles convulsés. Il en est résulté une usure des parties, puis la formation d'une nouvelle cavité absolument comme dans les luxations anciennes non réduites. Les modifications se sont faites peu à peu et, lorsqu'elles ont eu atteint un certain degré, la tête humérale a eu plus de tendance à séjourner dans la nouvelle cavité que dans l'ancienne, et c'est ainsi que la réduction est devenue instable.

M. Houël. Je n'hésite pas à considérer, ainsi que je le disais dans la dernière séance, la pièce de M. Périer comme un exemple de fracture du sourcil postérieur de la cavité glénoïde. Les deux fragments se sont consolidés sur la face externe, ct il existe un point opaque où s'est, pour ainsi dire, greffé le fragment.

Pour appuyer mon opinion, je disais que cette fracture était très-fréquente dans la luxation sous-coracoïdienne; j'apporte aujourd'hui une pièce du musée Dupuytren qui permettra d'examiner le genre de fracture dont je parle. On voit en effet une fracture du sourcil antérieur de la cavité glénoïde qui est venue se placer et se consolider avec la face interne de l'omoplate. La fracture qui existe dans la pièce de M. Périer est très-ancienne, elle date de 3 ou 4 ans au moins, et c'est un exemple de fracture du pourtour glénoïdien, fracture qui se consolide très-bien.

M. Périer. Les lésions que j'ai décrites sur ma pièce ne sont nullement comparables à celles que nous a présentées M. Houël, et surtout, j'affirme qu'il n'y a pas de fracture de la tête humérale indispensable pour expliquer les lésions que j'ai constatées sur ma pièce.

M. le président annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Voillemier, membre honoraire. M. le président rappelle en quelques mots les principaux travaux de M. Voillemier, dont il constate toute la haute valeur chirurgicale.

M. le président annonce que MM. Cras, Védrènes et Gaujot, membres correspondants, assistent à la séance.

Communications.

M. Maurice Perrin lit un mémoire sur : *Les fractures du crâne par contre-coup*.

De tout temps on a cru que, sous l'action de violences exté-

rieures, supérieures à sa résistance, le crâne se brisait, tantôt directement au niveau du point ou de la surface qui avait supporté le choc, tantôt indirectement ou, comme on dit, par contre-coup, dans un langage peu correct, en un lieu plus ou moins éloigné.

Peu de doctrines en chirurgie semblaient aussi bien établies que cette pathogénie des fractures du crâne : aussi, malgré quelques opinions dissidentes, les nombreux travaux suscités par cette question eurent-ils moins pour objet d'en démontrer la réalité que d'en étudier les variétés ou d'en déterminer le mécanisme à l'aide de démonstrations physico-mécaniques parfois plus brillantes que solides.

Mais, depuis un certain temps, l'existence de fractures par contre-coup a été très-sérieusement contestée. Aujourd'hui, on croit peu à leur réalité. Parmi les chirurgiens : les uns, et c'est le plus grand nombre, les rejettent, sauf de très-rares exceptions, comme des faits mal observés ou mal interprétés; les autres, sans se prononcer aussi affirmativement, restent dans le doute.

Ce revirement dans les idées nous paraît devoir être attribué en grande partie aux résultats négatifs fournis par l'expérimentation.

Des observateurs habiles, et en premier lieu Aran, ayant institué des expériences sur le cadavre pour éclaircir cette question, ne purent obtenir que des fractures directes. (*Recherches sur les fractures de la base du crâne. Archives de médecine*, 4e série, t. VI, p. 188.)

Le hasard m'ayant fourni l'occasion de voir se produire sous mes yeux, chez un vieillard, une fracture du crâne qui présentait après la mort les caractères d'une fracture indirecte, je pris le parti de rechercher s'il ne s'était pas glissé dans le mode d'expérimentation quelque condition défectueuse qui fût de nature à en invalider les résultats, et j'utilisai pour cela, il y a longtemps déjà, les copieuses ressources de l'amphithéâtre du Val-de-Grâce.

Jusqu'alors, pour briser le crâne, on avait eu recours, soit à des percussions avec des marteaux lourds et volumineux connus sous le nom de masses de fer, soit à des précipitations de la tête décollée ou du corps entier sur des dalles nues. Théoriquement, cette manière de faire est très-peu favorable à la dissémination des effets du choc et par conséquent à la production d'effets indirects, parce que la force mise en jeu est trop violente et parce qu'elle est appliquée sur une surface trop circonscrite.

Tout serait pour le mieux s'il s'agissait d'obtenir des fractures directes; mais tout est défectueux si l'on veut étudier la propagation à distance de l'action du choc, puisque ces deux résultats sont en raison inverse l'un de l'autre.

Guidé par ce principe, j'ai changé le mode d'expérimentation en interposant entre la force et la résistance, tantôt un coussin, tantôt une lame de caoutchouc. Par cette simple adjonction, j'augmentais la résistance et l'étendue de la paroi heurtée, j'opposais un obstacle à la production des fractures directes et je favorisais au contraire la propagation des effets du choc à toute la boîte crânienne. Cette précaution, indispensable, je crois, pour étudier avec fruit la question qui nous occupe, présente encore cet avantage de réaliser autant que possible les conditions les plus habituelles dans lesquelles surviennent les accidents pendant la vie. Bien souvent, en effet, l'intensité du choc est atténuée, tantôt par l'interposition de quelque corps étranger, tel que coiffure ou pièce de vêtement, tantôt par un sol moins brutal qu'une dalle de pierre nue presque toujours, enfin par des contractions musculaires instinctives et la tonicité organique.

Dans mes expériences, le coussin, fait de ouate, était fixé sur la portion du crâne qui devait supporter le choc; ou bien il servait à matelasser, soit l'instrument vulnérant, soit la dalle sur laquelle devait avoir lieu la précipitation.

J'ai eu recours, tantôt à des précipitations d'une hauteur de 2 mètres à 2 mètres 1/2, tantôt à des percussions avec des masses de fer ou de bois préalablement matelassées.

Afin qu'il ne se glisse aucune erreur dans la détermination de la surface qui supportait le choc, je prenais les précautions suivantes : quand le coussin était fixé sur le crâne, j'en marquais exactement la place par de petits traits de scie; quand il était disposé sur la dalle, je le saupoudrais de couleur rouge pulvérulent, laquelle en s'imprimant sur le cuir chevelu rasé au préalable marquait rigoureusement la limite de la partie qui avait touché le sol.

Je dois dire de suite que les percussions ne m'ont jamais donné que des fractures directes.

Avec les précipitations, au contraire, les fractures indirectes furent les plus communes dans certaines régions du crâne.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société de chirurgie les principaux types que j'ai obtenus.

Ire Exp. *Choc sur le sommet de la tête.* — Fracture du corps du sphénoïde. Disjonction de la suture fronto-pariétale et sphéno-temporale du côté gauche. Sujet de 27 ans. Tête décollée. Coussin fixé sur le sommet de la tête dans l'étendue marquée sur la pièce. Trois précipitations sur des dalles en pierre d'une hauteur de $2^{m},60$. Disjonction des sutures fronto-pariétale, sphéno-temporale et sygomato-malaire du côté gauche. Cette disjonction située tout entière en dehors de la surface vulnérée, est d'autant plus marquée que l'on s'éloigne

davantage du sommet de la tête : elle aboutit au trou déchiré antérieur, où elle se complique d'un petit trait de fracture qui détache l'épine sphénoïdale. Fracture de la lame vitrée du sphénoïde, traversant obliquement le corps de cet os pour aboutir à la lame criblée de l'ethmoïde. Longue fêlure de la table interne intéressant le frontal et le pariétal gauche. Elle coupe perpendiculairement à 3 centimètres de la ligne médiane ; suture légèrement disjointe qui réunit ces deux os. Cette fêlure empiète par sa partie moyenne sur une petite partie de la surface qui a supporté le choc. Elle paraît indépendante et de la disjonction des sutures et du trait de fracture.

IIe Exp. *Choc sur le sommet de la tête.* — Fracture traversant les trois étages de la base du crâne ; fracture du maxillaire supérieur droit ; fêlure indépendante de la table interne. Sujet de 20 ans. Tête décollée. Même coussin sur le sommet de la tête, occupant la surface marquée sur la pièce. Une précipitation sur des dalles en pierre, d'une hauteur de 2m,60. Fracture du frontal commençant par un trait peu marqué à plus d'un centimètre en avant de la limite de la surface percutée, se dirigeant vers l'arcade sourcilière gauche passant par le trou sus-orbitaire. Le trait de fracture traverse la paroi interne de l'orbite, en brisant l'unguis et l'os planum en esquilles, puis la lame carrée du sphénoïde et aboutit à la fente sphénoïdale en contournant le trou optique droit. La fracture poursuit sa route de gauche à droite et d'avant en arrière au delà de la fente sphénoïdale. Elle traverse la base de la grande aile droite du sphénoïde, puis le rocher presque perpendiculairement à son axe. Un second trait de fracture que l'on peut faire partir de la fente sphénoïdale droite coupe par sa base la tubérosité malaire du maxillaire supérieur du même côté et se perd par deux lignes presque imperceptibles dans la base de l'apophyse montante. Plusieurs fêlures de la table interne existent également. Nous nous bornerons à signaler celle qui, partant de l'extrémité supérieure et antérieure de la fracture principale, aboutit à l'apophyse cristagalli en passant au niveau du sinus frontal gauche.

Dans un certain nombre d'expériences nous avons cherché à déterminer l'influence que pouvait exercer la masse du corps sur les effets de la chute. Nous avons à cet effet placé des poids variables de sable ou de terre au niveau du trou occipital avant la précipitation. Les résultats n'ont pas été modifiés ainsi qu'on peut s'en assurer dans l'exemple suivant.

IIIe Exp. *Chute sur le sommet de la tête.* — Fracture esquilleuse de l'occipital. Sujet de 22 ans. Tête décollée. Sachet de sable du poids de 2 kilogrammes, fixé sur le trou occipital. Même coussin fixé sur le sommet de la tête et couvrant la surface marquée sur la pièce. Une précipitation sur des dalles en pierre d'une hauteur de 2 mètres. Légère disjonction de la suture inter-pariétale en arrière de la surface percutée. Fracture commençant au niveau de la suture occipito-pariétale gauche qui est légèrement écartée ; elle occupe toute la hauteur de l'occipital, passe en dehors du condyle occipital gauche et se

termine à l'extrémité postérieure du golfe de la veine jugulaire correspondante. Un second trait de fracture s'embranchant sur le trait principal, à 2 centimètres au-dessous de la ligne courbe supérieure, se dirige en s'atténuant vers le condyle occipital et circonscrit une longue esquille divisée en deux fragments : l'un antérieur tout à fait détaché et absent, et l'autre postérieur et adhérent.

IVe Exp. *Chocs sur la partie postérieure des pariétaux et supérieure de l'occipital.* — Fracture de la face antérieure et inférieure du frontal produite par une chute sur la région occipito-pariétale. Sujet de 22 ans. Sujet de 22 ans. Tête décollée. Une précipitation d'une hauteur de 2m,60 sur des dalles munies d'un coussin recouvert d'une feuille de papier enduite de couleur rouge. Le choc porte sur la région occipito-pariétale dans l'étendue marquée sur la pièce. Disjonction légère des deux parties du frontal dans toute leur étendue. A 4 centimètres de l'épine nasale s'embranchent, sur la suture disjointe, deux traits de fractures obliques. L'un vient se perdre vers l'apophyse orbitaire du côté gauche et l'autre aboutit au trou sus-orbitaire du côté droit.

Ve Exp. *Choc sur la région occipito-pariétale.* — Sujet de 28 ans. Sutures plus serrées. Tête décollée. Deux précipitations d'une hauteur de 2m,60 sur des dalles recouvertes d'une lame de caoutchouc enduite de couleur rouge. Le choc a porté sur une surface de 4 centimètres de diamètre au niveau de la suture lambdoïde. Disjonction de la suture fronto-pariétale droite tandis que la suture inter-pariétale est tout à fait intacte. Le premier trait de fracture partant de la suture fronto-pariétale droite à 6 centimètres de la ligne médiane, descendant verticalement dans la fosse temporale droite et s'épuisant dans la portion écailleuse du temporal par deux traits distincts, l'un postérieur qui se dirige vers le conduit auditif ; l'autre antérieur qui aboutit à la partie postérieure de l'arcade zygomatique. On remarque aussi une seconde fracture qui s'embranche sur la suture fronto-pariétale gauche et se perd dans l'épaisseur du pariétal. Cette fracture se continue par une fêlure de la table interne qui se dirige en arrière et se perd à 4 centimètres du point le plus antérieur qui a supporté le choc.

VIe Exp. *Chocs sur la protubérance occipitale externe.* — Fractures multiples toutes indépendantes et situées plus ou moins loin de la surface qui a supporté le choc : 1° De l'occipital dans le voisinage des côndyles ; 2° de l'apophyse basilaire ; 3° de la selle turlique. Sujet de 25 ans. Tête décollée. Rondelle en caoutchouc fixée au niveau de la protubérance occipitale et couvrant la surface marquée sur la pièce. Une précipitation sur des dalles nues d'une hauteur de 2m,60. Traits de fractures multiples, peu accusés et complètementt indépendants les uns des autres. Ils affectent les dispositions suivantes : 1° Un premier commence à la face interne du condyle occipital gauche et s'épuise à 17 millimètres de la surface percutée ; 2° un deuxième se dirige du golfe de la veine jugulaire droite vers l'extrémité postérieure du condyle occipital correspondant et se perd dans le pourtour du trou occi-

pital ; 3° un troisième occupe le fond de la fosse occipitale gauche. Chacun de ces traits de fracture se prolonge par des fissures de la table interne qui se croisent dans diverses directions ; 4° une quatrième fracture divise la lame vitrée de l'apophyse basilaire dans le sens antéro-postérieur.

Des résultats obtenus par la voie expérimentale, je crois pouvoir déduire les propositions suivantes :

1° On peut produire artificiellement deux espèces distinctes de fractures du crâne : les unes directes ; les autres indirectes, dites aussi par contre-coup. Ces dernières ont pour siége tantôt un os voisin, tantôt le point diamétralement opposé, tantôt la voûte ; tantôt la base du crâne.

2° Ces deux espèces ne peuvent être considérées, l'une, la première, comme la règle et l'autre comme une rare exception : leur fréquence relative est déterminée par la fréquence même des conditions favorables à leur production. C'est ainsi qu'à la suite des chocs sur le vertex et sur l'occiput, les fractures par contre-coup ont été la règle, et les fractures directes de rares exceptions, tandis que les chocs sur le front, les pariétaux, les tempes ne donnent guère que des fractures directes.

3° La condition générale favorable à la production des contre-coups déjà présentée par Saucerotte, Sabourant, et mieux définie par Boyer, peut se formuler de la façon suivante : il faut que la surface percutée possède une force de cohésion, suffisante pour résister, et supérieure à celle d'autres points de la boîte crânienne. Cette force de résistance peut tenir soit à l'épaisseur même de la paroi osseuse, soit à la brièveté de son rayon de courbure, soit à l'étendue de la surface heurtée, soit à l'interposition d'un corps étranger élastique entre la force et la résistance.

4° Les effets des chutes sur le crâne sont variables suivant leur siége. La surface la plus exposée aux effets indirects est limitée par une ligne qui, passant en avant par les bosses frontales, aboutit en arrière à la protubérance occipitale, en longeant latéralement les limites supérieures de la région temporale.

5° Contrairement à l'assertion de Aran, les fractures de la base du crâne intéressent souvent plusieurs étages ou régions de cette base.

6° Les sutures, indispensables au développement organique, sont une cause d'affaiblissement dans le degré de résistance du crâne : elles représentent des points faibles au niveau desquels commence souvent la solution de continuité sous la forme d'une déhiscence qui se continue par un ou plusieurs traits de fracture. Il en est ainsi sur plusieurs des pièces mises sous les yeux de la Société.

7° La soudure des sutures, qui transforme la voûte du crâne en une seule pièce osseuse, augmente considérablement sa résistance. Dans les nombreuses expériences que j'ai faites sur des sujets des deux sexes de 20 à 60 ans, j'ai constaté qu'il fallait une plus grande force chez le vieillard que chez le jeune homme pour produire une fracture.

8° Je n'ai jamais pu obtenir de fracture par contre-coup chez les sujets dont les sutures étaient soudées.

9° Ainsi que la remarque en a été déjà faite, le crâne ne possède ni une régularité de forme ni une homogénéité de structure qui permette de déterminer *a priori* le siége, la direction et l'étendue des effets produits d'après le point et le mode d'application de la puissance vulnérante. En nous plaçant dans des conditions identiques en apparence, nous obtenions tantôt des fractures antéro-postérieures, tantôt obliques ou transversales; tantôt rapprochées du siége du choc, tantôt situées à l'opposite, sans qu'ils nous ait été possible le plus souvent de trouver la raison de ces différences. Tout ce qu'on peut dire, c'est que le crâne représente une vaste paroi susceptible d'être mise en vibration, très-irrégulièrement courbe, d'une résistance fort inégale et décomposable en une série de points forts qui sont respectés et une série de points faibles par lesquels passe le trait de fracture. Les sutures, les fentes, les trous, les echancrures, les sillons servent à jalonner la route habituelle de la solution de continuité.

Discussion.

M. Desprès. J'ai écouté avec grand intérêt la communication de M. Perrin, dont les expériences ne peuvent pas laisser de doutes sur l'existence des fractures par contre-coup, mais je ne les crois pas suffisantes pour renverser les opinions qui ont été soutenues par Aran. J'ai souvent pu observer des individus atteints d'une double fracture, une au point touché, l'autre à la base, aussi je pense qu'il est nécessaire de faire une distinction pour les fractures qui se produisent comme l'a indiqué Aran.

M. Perrin. Le mode de procéder par percussion ne m'a donné que des fractures directes, aussi ai-je changé le mode d'expérimentation qui m'a conduit à des conclusions qui sont en opposition avec des idées soutenues depuis quelques années.

M. Duplay. Je me suis beaucoup occupé de cette question et j'étais arrivé à admettre que si les fractures par contre-coup sont rares, elles ne peuvent pas être mises en doute. Si je prends la parole, ce n'est donc pas pour infirmer les opinions de M. Perrin, mais

pour faire observer que parmi les pièces qui nous ont été présentées, il y en a une qui paraît rentrer dans le genre de fracture dont le mécanisme a été exposé par MM. Chauvel et Berchon. Je veux parler de l'enfoncement de la base du crâne produit par la pression sur les condyles occipitaux par l'intermédiaire de la colonne vertébrale.

M. Houël. En me basant sur la collection de crânes qui a servi aux expériences de Dolbeau et de M. Felizet, collection que possède le musée Dupuytren, je ne crois pas que les pièces qui nous ont été présentées par M. Perrin, puissent être considérées comme des fractures par contre-coup. Je crois qu'il serait indispensable de s'entendre sur ce que l'on doit appeler par fracture par contre-coup, car je ne puis considérer comme fracture par contre-coup les fractures que vient de nous montrer M. Perrin et qui sont à 3 ou 4 centimètres du choc, pour moi ce sont des fractures directes.

M. Sée. Je désire mentionner un appareil dont je me sers pour faire des recherches sur les fractures du crâne. Cet appareil se compose de deux montants auxquels sont adaptées des vis que l'on peut serrer à volonté en graduant parfaitement la force de la pression. J'ai pu obtenir ainsi des fractures de la base indépendantes de la voûte, mais je ne suis pas encore arrivé à des résultats assez positifs pour les exposer, je voulais seulement indiquer le procédé que j'emploie.

M. Tillaux. Je ne veux qu'appeler l'attention sur un des résultats de M. Perrin qui renverse les faits que j'ai observés. M. Perrin nous a dit que sur les crânes de vieillards où la synosthose existait, les fractures étaient plus difficiles à produire que sur les crânes où les sutures existaient. D'après ce que j'ai vu, je croyais au contraire qne le crâne du vieillard se fracturait bien plus facilement que le crâne du jeune homme.

M. Maurice Perrin. Je ne crois pas possible de rapprocher ma pièce des fractures produites par le procédé que vient de rappeler M. Duplay; la tête dont je me suis servi était dénudée, séparée de la colonne vertébrale, et les 2 kilogrammes qui y étaient ajoutés ne peuvent pas se comparer au poids du corps.

Comme M. Houël, je crois qu'il est indispensable de bien poser ce que l'on doit considérer comme fracture par contre-coup; pour moi, c'est la fracture produite en dehors du point frappé.

Ainsi, sur une de mes pièces, la fracture est très-grande et comprend une région très-éloignée du point qui a reçu le coup ; mais, comme un des traits de la fracture passe au point frappé, M. Houël

la considère comme fracture directe. Je ne puis admettre cette opinion : l'effet s'est produit, dans ce cas, à une certaine distance du coup, et c'est pour moi la caractéristique de la fracture par contre-coup.

Je répondrai à M. Tillaux que, comme lui, j'ai été très-étonné de mes résultats, mais, comme sur une série de trente expériences faites avec des crânes de vieillards je n'ai jamais pu obtenir que des fractures directes, j'ai cru pouvoir en conclure que les fractures du crâne étaient moins faciles chez les vieillards.

M. Cras, membre correspondant, donne lecture de trois observations relatives au traitement des plaies de l'urèthre.

Obs. I. — *Chute à califourchon.* Rupture complète *de l'urèthre entre deux rétrécissements anciens.* — *Incision médiane suivie d'uréthrotomie interne.* — *Sonde à demeure.* — *Guérison rapide.*

(Cette observation est présentée en collaboration avec mon collègue M. Auffret, médecin-professeur de la marine.)

Bourv... (Louis), maître charpentier, pesant 85 kilogrammes, 41 ans, tombe à califourchon sur le bord d'un panneau ouvert, le 23 juillet 1877, à 10 heures du matin. Une hémorrhagie abondante survient immédiatement et s'arrête spontanément au bout de quelques secondes. Quand le blessé essaie d'uriner, la rétention d'urine est complète.

On le transporte à l'hôpital de la marine, où M. Auffret essaie en vain de pratiquer le cathétérisme. Ce sous-officier est atteint depuis plusieurs années de rétrécissement blennorhagique assez serré. A 7 centimètres du méat on constate un rétrécissement laissant à peine passer une bougie n° 7, puis la bougie s'enfonce vers le périnée et bute sans arriver dans la vessie. Chaque tentative d'introduction est suivie de l'issue d'une certaine quantité de sang.

Dans la soirée on pratiqua une ponction aspiratrice qui donna issue à 4 ou 500 grammes d'urine claire. La nuit fut passable.

Prévenu le lendemain (24 juillet) par mon collègue Auffret, je me rendis auprès du blessé. Après beaucoup d'efforts, quelques gouttes d'urine sanguinolente ont été expulsées (?) ; les bourses et la partie interne de la cuisse gauche sont fortement ecchymosées. En palpant le bulbe à travers les parties molles un peu adématiées, on constate qu'il est très-tendu, mais à peine plus saillant qu'à l'état normal.

L'existence d'un rétrécissement pénieu ne permet pas d'explorer la crevasse uréthrale avec des bougies à boule d'un calibre suffisant, mais si l'on tient compte de la rétention d'urine, de l'hémorrhagie, de la tension du bulbe, il est manifeste que la blessure rentre dans la catégorie *des cas graves.* D'un commun accord, nous nous décidons pour l'incision médiane ; on recherchera le bout postérieur, dans lequel on passera une bougie, et, si cela est possible, l'uréthrotomie interne sera pratiquée séance tenante.

Opération, pratiquée moins de 24 heures après l'accident. Le blessé, placé comme pour la taille, sans anesthésie afin de pouvoir utiliser la miction volontaire. M. Auffret incise franchement les téguments du scrotum à l'anus dans l'étendue de 8 centimètres environ, et, se tenant bien exactement sur la ligne médiane, arrive au bulbe dont la coque fibreuse est intacte. Il y a un court moment d'indécision. On incise l'enveloppe fibreuse vers la partie moyenne du bulbe, le tissu érectile mis à nu paraît manifestement contusionné ; mais la situation n'est pas éclaircie. En introduisant le doigt dans la plaie, je perçois en arrière une loge du volume d'un œuf de pigeon distendue par des caillots; un coup de ciseau en arrière permet de découvrir ce foyer hématique; une bougie introduite par le méat sort d'emblée par le périnée.

Nous nous mettons en demeure de reconnaître aussi exactement que possible l'étendue des lésions. L'opérateur venait de me céder sa place pour examiner la plaie uréthrale ; en ce moment l'urine s'écoule en nappe par l'angle postérieur de la plaie ; je plaçai rapidement l'index gauche sur le pertuis qui donnait ; et saisissant une bougie de fin calibre, je fus assez heureux, guidé prr le toucher, pour enfiler du premier coup le bout postérieur.

La plaie fut irriguée avec soin, les bords furent érignés dè chaque côté, et nous pûmes constater, contrairement à l'opinion que j'avais moi-même soutenue, *que la section du canal de l'urèthre était complète :* le bout antérieur seul visible correspondait à la région moyenne du bulbe ; la muqueuse uréthrale, que je déplissai présentait dans tout son pourtour une déchirure très-irrégulière, en festons. Quant au bout postérieur profondément rétracté, il échappait complètement à l'observation. Le pertuis au fond duquel s'engageait la bougie qui l'enfilait était creusé dans le 5e postérieur du bulbe qui présentait à ce niveau une section transversale très-nette. L'écartement entre le bout antérieur et le point où s'enfonçait le bout postérieur était *de 2 centimètres environ.*

Dans ces conditions, l'uréthrotomie interne n'aggravait en rien le traumatisme actuel, et permettait l'emploi d'un mode de traitement qui a fait ses preuves.

Une fine bougie, munie d'une douille, fut glissée avec précaution le long de celle qu'on avait laissé à demeure ; après quelques tâtonnements, elle pénétra dans la vessie ; ces deux bougies justaposées étaient serrées, ce qui permit de conclure à l'existence d'un rétrécissement bulbaire en arrière de la rupture. La tige droite de l'uréthrotomie introduite par le méat vint se dégager au périnée, et fut vissée sur le fouet dont la douille put être ainsi amenée jusqu'au méat. Le cathéter cannelé substitué à la tige droite franchit, non sans difficulté, l'anneau postérieur de rupture ; l'incision fut pratiquée par la lame moyenne, une sonde à bout coupé n° 16 fut fixée à demeure, 4 à 500 grammes d'urine s'écoulent immédiatement.

24 *juillet.* — Soir. La journée a été bonne. T° 38,7. P. 110.

25 *juillet.* — Matin. Etat très-satisfaisant. — Soir. Mouvement fébrile intense. T. 40.

La sonde ne fonctionne pas bien.

26 *juillet.* — La fièvre a été très-vive, pendant la première moitié de la nuit.

Une bougie conductrice est introduite avec quelque difficulté dans la sonde à demeure. Cette dernière, extraite, présente un degré d'altération dont il est difficile de se faire une idée. Ses orifices sont obstrués. Au lieu de me passer une des sondes de choix placées dans une boîte spéciale, on m'avait remis un de ces produits d'industrie interlope qui se glissent parfois dans les marchés administratifs. Quoi qu'il en soit, nous dûmes nous estimer très-heureux d'avoir pu retirer la sonde entière. Une bonne sonde nº 16 est introduite sur le conducteur.

27 *juillet.* — Amélioration notable. T. 37,3.

28 *juillet.* — T. 37,9. La sonde laissée à demeure pendant 48 heures est enlevée et sort en très-bon état. Une sonde en caoutchouc rouge nº 14 est introduite facilement, sans autre conducteur que l'index gauche dans la plaie.

30 *juillet.* — Etat très-satisfaisant. On substitue une sonde nº 16 à la précédente. Uréthro-cystite légère.

1er *août.* — Ablation définitive de la sonde à demeure. La plaie est rosée vermeille, la réparation commence.

4 *août.* — Toute l'urine passe encore par la plaie du périnée. On commence le traitement par le cathéter phéniqué introduit tous les deux jours.

6 *août.* — Quelques gouttes d'urine passent par le méat.

17 *août*, 25e jour après l'opération. — Toute l'urine passe par le canal. La plaie du périnée est comblée par les bourgeons charnus.

27 *août.* — Cathéter, nos 42, 44, 45.

1er *septembre.* — Cicatrisation complète au 37e jour. On commence à introduire des bougies à bout olivaire, 17, 18, 19.

Quelques jours après, le blessé sortait de l'hôpital, muni d'un congé de convalescence. J'ai reçu récemment de ses nouvelles. La dilatation s'est maintenue.

Réflexions :

1º Contrairement à l'opinion que j'ai exprimée après beaucoup de chirurgiens, le canal était *complétement rompu en travers.* La rupture au lieu de se faire à la partie moyenne avait eu lieu en un point voisin de l'extrémité postérieure du bulbe.

2º Malgré la rupture complète du canal, la coque fibreuse du bulbe était restée intacte, et dans ce cas encore, la rétention d'urine était évidemment causée par les caillots comprimés au sein du tissu érectile de l'organe.

3º La complication d'un rétrécissement pénien et très-probablement d'un rétrécissement bulbaire en arrière de la rupture est une complication assez intéressante. En nous conduisant à pratiquer séance tenante l'uréthrotomie interne qui nous a paru n'ajouter aucun élément de gravité à ce traumatisme récent, l'accident subi par ce sous-officier a été relativement heureux. Souvent atteint de rétentions d'urines passagères, il eût probablement tardé, avec l'insouciance qui

caractérise trop souvent nos marins, à entrer à l'hôpital. Il sortait de l'hôpital au bout de 6 à 7 semaines, urinant à plein canal et suffisamment endoctriné pour l'avenir.

4° Le soin avec lequel la Société de chirurgie a discuté l'an dernier ce sujet important nous a été d'un grand appui. Il n'y a pas eu la moindre hésitation, et je puis affirmer que l'intervention chirurgicale concertée avec mon collègue et ami M. Auffret s'est accomplie dans tous ses temps comme une opération d'amphithéâtre.

II

Thompson, dans son *Traité des voies urinaires*, attribue un cas de rupture de l'urèthre à la contraction musculaire, c'est un sujet à éclaircir. J'adresse l'observation comme appoint à la question.

Obs. II. — *Abduction violente du membre inférieur droit placé dans l'extension. — Vive douleur au périnée, avec ecchymose consécutive dans le pli fémoro-périnéal. — Infiltration d'urine. — Incision médiane tardive. — Uréthrotomie interne au bout d'un mois. — Sujet atteint de rétrécissement ancien.*

Pailler (Guillaume), 39 ans, ouvrier mécanicien des constructions navales, travaillait loin de Brest, à Laudévennec, à dévisser à l'aide d'un grand tournevis en T les boulons des plaques circulaires sur lesquelles roulent les affûts de canons. L'outil s'échappa d'une rainure entraînant le tronc en avant, la jambe gauche fléchit fortement tandis que le membre inférieur droit en extension et en abduction forcée glissa violemment au delà du rebord de la plaque. Il en résulta une violente douleur au niveau de l'insertion des adducteurs. Cette douleur persista plusieurs heures, mais ne l'empêcha pas de continuer son service dans la journée. Aucune goutte de sang ne se montra au méat.

Le lendemain, 28 septembre, il constatait une ecchymose dans le sillon fémoro-périnéal; la miction se fait avec peine et goutte à goutte. C'est, du reste, un rétréci de vieille date, habitué aux rétentions d'urine passagères.

Le surlendemain, la marche devint extrêmement pénible, il dut garder le lit. La tuméfaction devint considérable, l'urine coulait d'une façon continue et goutte à goutte.

Le 4 octobre, sur les conseils de M. le médecin en chef Lauvergne, en excursion à Laudévennec, il se décida à se rendre à Brest, où il fut admis à l'hôpital de la marine.

Je le vis le 5 octobre à la visite du matin. La région périnéo-scrotale présente l'aspect caractéristique des infiltrations d'urine déjà anciennes et localisées dans la région. Le scrotum a le volume d'une petite tête d'enfant, le périnée est notablement tuméfié, induré et cette induration s'étend de chaque côté de l'anus; une dépression sépare la tumeur scrotale de la tumeur périnéale proprement dite. Les téguments sont violacés, à droite, vers le pli fémoro-périnéal existe une

petite perte de substance à bords sphacélés donnant issue à un liquide extrêmement fétide. La peau est chaude, la face vultueuse, mais la vessie déborde à peine.

L'exploration du canal permet de constater un rétrécissement assez serré à 6 centimètres du méat, une bougie n° 9 ne passe pas.

Vers la région bulbeuse une fine bougie à boule permet de reconnaître une série de brides rigides — un escalier de rétrécissements, dit un des assistants auquel je faisais apprécier la sensation fournie par l'explorateur. Les bougies les plus fines butent en arrière sans pouvoir pénétrer dans la vessie. Il n'y a pas lieu d'insister sur le cathétérisme, au milieu de tissus profondément altérés.

Je pratiquai immédiatement une longue incision médiane sur le scrotum et le périnée; je pénétrai ainsi, à travers les tissus adématiés et indurés, dans une cavité assez vaste tapissée de débris sphacélés. Des lavages de coaltor saponiné étendu d'eau furent pratiqués à l'aide de l'irrigateur et la plaie pansée à plat.

La détente fut rapide. Le 9 octobre, je débridai un foyer qui gagnait la fesse droite en contournant l'anus; le soir apparition d'un érysipèle dont la marche fut très-bénigne.

17 *octobre*. — La défervescence définitive eut lieu. L'appétit et le sommeil reviennent, la grande vulve pratiquée au périnée se rétrécissait de jour en jour; toutes les parties sphacélées étaient éliminées, mais toute l'urine passe par le périnée.

Uréthrotomie interne le 27 *octobre* au matin, soit un mois après le début de l'infiltration. — Deux jours auparavant j'avais réussi à introduire une fine bougie; je la laissai à demeure 48 heures. Je pus introduire un fouet d'uréthrotome. L'introduction du cathéter très-serré dans le rétrécissement présenta des difficultés sérieuses, mais s'accomplit sans violence, une sonde n° 16 fut laissée à demeure 48 heures. Aucun incident ne survint et la température ne dépassa pas 37,6 dans les 8 jours qui suivirent.

3 *novembre*. — Je passai doucement une fine bougie n° 11, puis 14. C'était prématuré, avec un canal en aussi mauvais état. Il y eut un accès de fièvre le lendemain, coïncidant avec le développement d'un phlegmon péri-uréthral.

10 *novembre*. — On reprend les bougies.

15 *novembre*. — On constate que l'abcès péri-uréthral se vide mal. On passe un drain qui réunit l'orifice médian et une fistule à droite.

24-30 *novembre*. — On laisse le canal au repos, l'état général n'est pas très-satisfaisant; les urines sont troubles.

30 *novembre*. — Amélioration notable. Passage de bougies tous les 2 jours.

7 *décembre*. — Le n° 18 passe facilement; l'induration du périnée diminue progressivement; il s'écoule à peine deux cuillerées d'urine par les fistules du périnée. Pour la première fois depuis son entrée le malade se lève dans la journée.

Je néglige plusieurs détails du traitement (injections, cautérisations, débridements).

26 *décembre*.— Les tissus péri-uréthraux sont devenus assez souples. On commence l'emploi des cathéters en étain tous les 2 ou 3 jours.

12 *janvier* 1878. — Toutes les fistules sont oblitérées. Le malade sort, se promène dans les cours. Mais il s'écoule encore quelques gouttes de pus par le méat.

12 *février*. — L'état général est excellent. Les tissus péri-uréthraux sont revenus à l'état normal. Les urines sont claires et séjournent 5 à 6 heures dans la vessie. La guérison est complète.

Réflexions. — Je relève les points suivants : 1° Il paraît incontestable que l'accident survenu le 27 septembre a agi comme cause déterminante de l'infiltration urineuse; mais le terrain était admirablement préparé, comme on le voit par les détails de l'observation.

2° Comparée à l'observation précédente, celle-ci nous paraît instructive. Le blessé n'a été vu qu'au bout de 6 jours, il fallait se borner au large débridement et laisser l'urèthre en repos.

L'uréthrotomie interne n'a été pratiquée qu'un mois après. C'était beaucoup attendre, mais j'avais été arrêté par l'érysipèle. Lorsque j'ai pratiqué l'uréthrotomie interne, la plaie médiane était presque complétement fermée, et les abcès péri-uréthraux se vidaient mal, ce qui a rendu la cure interminable.

3° Dans la première observation, traumatisme récent, intervention presque immédiate, la guérison obtenue en 6 semaines. Elle n'a eu lieu qu'au bout de 4 mois dans le cas actuel.

III.

OBS. III. — *Constriction de la base de la verge par une ficelle conservée pendant un mois. Section circulaire complète du fourreau, du canal de l'urèthre et d'une partie des corps caverneux. Oblitération du bout postérieur. Guérison.*

Vers la fin d'octobre 1877, je fus consulté pour un jeune paysan, âgé de 14 ans, pensionnaire dans une école de l'arrondissement de Morlaix. Le père me raconta que, 3 mois auparavant, son fils, dans un but de polissonnerie (?), s'était lié la base de la verge à l'aide d'une ficelle.

Les téguments s'étant tuméfiés, il ne put réussir à couper le lien, et, pendant un long mois, en Bas-Breton têtu et sournois, il supporta ce corps étranger, malgré les vives douleurs qu'il ressentait. L'urine ne tarda pas à s'écouler par une ouverture accidentelle.

Le directeur de l'école le fit conduire au médecin de l'établissement, qui reconnut la présence de la ficelle au fond d'une rigole profondément ulcérée. Le lien fut coupé et l'enfant renvoyé à ses parents.

Voici l'état dans lequel il se montrait au moment de mon observation, 3 mois après :

La verge a une longueur démesurée pour un jeune homme de cet

âge; une cicatrice adhérente circulaire, formant léger relief, existe à un centimètre au-devant de l'angle péno-scrotal. En ce point, on constate un rétrécissement notable de l'organe, étranglement rendu plus sensible par l'œdème éléphantiasique du fourreau de la verge. Le prépuce, épais, infiltré, déborde le gland de deux travers de doigt, ce qui rend le cathétérisme par le méat impossible. Les téguments voisins sont excoriés, macérés par l'urine qui suinte d'une façon continue par une fistule uréthrale. Cette fistule médiane présente dans sa demi-circonférence supérieure un bord mince, rosé, qui se laisse facilement distendre pour laisser passer des bougies de calibre moyen de bas en haut. L'urèthre a été sectionné complètement. L'orifice postérieur paraît complétement oblitéré, l'urine coule goutte à goutte, et, lorsqu'on invite le malade à faire effort, il réussit parfois à projeter à 2 ou 3 centimètres un petit jet filiforme, comme le jet d'une fine canule hypodermique; toutes les tentatives pour trouver l'office postérieur de l'urèthre sont vaines. En palpant le canal en arrière du pertuis, que l'on distingue à peine, on croit reconnaître l'extrémité du moignon uréthral coiffé par les parties molles. La cicatrice se continue entre les deux bouts de l'urèthre. La section a été complète ; le bout antérieur est resté adhérent; le bout postérieur s'est retiré sous les parties molles, plus épaisses au voisinage du scrotum.

Je me propose d'opérer en deux temps.

1re *opération. — 1er novembre* 1877.

Le chloroforme est administré jusqu'à résolution complète. Saisissant les parties molles sur la ligne médiane entre le pouce et l'index, je pratique une incision longitudinale d'un centimètre de longueur, j'incise franchement et, du premier coup, j'eus la bonne fortune de pénétrer dans la cavité uréthrale, une fine bougie fut introduite. Une sonde de caoutchouc rouge nº 14 fut coupée au-dessus des yeux; l'arête vive du bord de la section fut émoussée en chauffant à la lampe, et je glissai cette sonde sur la bougie conductrice, en violentant un peu l'ouverture. Par cette incision médiane j'étalai les téguments de de chaque côté. Un petit avivement fut fixé au voisinage de la fistule à l'aide de fils collodionnés.

La sonde bien fixée, je pratiquai la circoncision.

A part les soins exigés par la sonde maintenue à demeure, il ne survient aucun accident notable.

Au 4e jour, la sonde fut enlevée; j'enlevai les fils métalliques employés pour la circoncision. La réunion était complète : l'urine n'ayant pas été en contact avec la plaie. Chaque jour, j'introduisais la sonde en caoutchouc pondant quelques heures; le cathétérisme était devenu facile.

2e *opération. — 8 novembre.*

Je ne pouvais songer à l'uréthroraphie, la brèche étant trop considérable. A l'exemple de divers chirurgiens, je disséquai en avant et en arrière de la cicatrice, qui fut excisée, deux lambeaux de 3 centimètres de base et d'une longueur à peu près égale, le postérieur un peu plus long, emprunté au scrotum. La dissection fut assez pénible, surtout à

droite où le corps caverneux avait été profondément ulcéré; après avoir avivé l'orifice antérieur, j'adossai les deux lambeaux par leur face cruentée après avoir régularisé le bord qui contournait la brèche, et je mis en usage le mode de suture préconisé par M. Delore : suture à étages; 15 à 16 anses métalliques furent placés à la base des lambeaux, sur la partie moyenne et sur les bords. Les deux lambeaux adossés étaient capitonnés par les sutures placées à la base et sur leur partie moyenne; de là une sonde en caoutchouc rouge nº 14 avait été introduite dès le début, elle fut fixée à demeure. Pansement avec compresses froides.

9 *novembre*.—L'opéré a mal dormi. Une érection prolongée a tiraillé latéralement la pointe de suture.

12 *novembre*.— J'enlève tous les fils qui réunissent les bords. Latéralement les fils ont cédé, et de chaque côté existe une brèche granuleuse. Les lambeaux sont en bon état, et comme chaque fistule latérale a un trajet d'un centimètre au moins, j'escompte la guérison.

La sonde à demeure ayant provoqué une uréthrite et des urines troubles, je l'enlève définitivement. Sa présence ne peut qu'entraver le bourgeonnement profond. Deux heures après, l'opéré urina sans sonde, la verge inclinée sur l'aîne gauche; le jet d'urine est très-franc; par la fistule latérale droite il s'écoule environ une cuillerée de liquide, par la fistule gauche un peu moins.

13 *novembre*. — L'opéré a eu une excellente nuit.

Passage de la sonde, laissée à demeure 20 minutes.

Je m'aperçois que les anses métalliques, après avoir sectionné les téguments, sont noyées en partie dans les lambeaux. Chaque jour se renouvelle une opération pénible : l'ablation des fils métalliques enkystés.

18 *novembre*. — Les deux dernières anses sont enlevées après de longues et pénibles recherches, facilitées par de petites incisions.

Chaque jour j'introduis une bougie nº 15 pour maintenir la dilatation. L'opéré se lève.

25 *novembre*. — La fistule latérale gauche est complétement tarie. A droite, la pellicule cicatricielle émanée des téguments tend à s'enfoncer dans le trajet. Cautérisation au nitrate d'argent.

1er *décembre*. — La fistutelle droite laisse passer un stylet qui rencontre la bougie introduite dans le canal à une profondeur de 8 millimètres environ.

J'introduis le cautère à ignipuncture de l'appareil Paquelin à 4 ou 5 millimètres de profondeur.

4 *décembre*. — Il ne reste plus qu'un fin pertuis qui s'oblitère définitivement à la suite de l'introduction d'une aiguille chauffée au rouge.

8 *décembre*. — La guérison était complète. Je remis à l'opéré un cathéter droit en étain de 5 millimètres de diamètre pour entretenir le canal dilaté.

Je l'ai revu un mois après (10 janvier), la guérison s'est maintenue. La crête saillante résultant de l'adossement des lambeaux était devenue souple.

RÉFLEXIONS.

1. Cette observation diffère de la plupart de celles qui ont été publiées pour des cas analogues, par ce fait que le bout postérieur était à peu près oblitéré.

2. L'opération en deux temps était indiquée :

1° Par la nécessité de faire la circoncision préalable ;

2° Par l'opportunité d'étaler, sous forme de plaie granuleuse, les téguments qui recouvraient l'extrémité uréthrale rétractée.

3. J'ai pratiqué l'uréthroplastie en adossant de larges lambeaux par leur surface cruentée, je ne pouvais guère agir autrement à cause de l'adhésion de cette cicatrice circulaire, mais je conseille aux chirurgiens qui emploient ce capitonnage par des anses métalliques, que M. Delore désigne sous le nom de suture à étages, de prendre leurs précautions pour éviter l'enkystement des fils dans le fourreau de la verge. Le même accident est arrivé à M. Delore dans deux observations. Il ne paraît pas s'en préoccuper.

4. Dès que j'ai été assuré que le cathétérisme était facile, j'ai enlevé la sonde à demeure au 4e jour, me bornant à des passages quotidiens de bougies, et rassuré sur le succès par le long trajet des deux fistules latérales qui avaient succédé à la brèche unique et superficielle qui existait avant l'opération.

M. Cras communique une note sur la *gingivite saturnine.*

Dans deux articles publiés par les *Archives de médecine navale* [1], j'ai indiqué un moyen simple de différencier le liseré plombique des autres liserés qui peuvent le simuler; en même temps j'étais conduit, contrairement à l'opinion des cliniciens qui avaient récemment traité ce sujet, à considérer le liseré comme le résultat d'une injection opaque des capillaires de la gencive par le sulfure de plomb, et non comme une sorte de tatouage.

Rien de plus net que les résultats que j'avais obtenus en pratiquant sur le vivant l'excision d'un fragment de gencive à l'aide d'un couteau de Græfe, et en l'examinant au microscope.

Au début de mes recherches, j'avais surtout pour but de démontrer que les capillaires étaient le siége du dépôt plombique, ce qui expliquait sa formation quelle que fut la voie d'introduction; mais je commettais une erreur de lieu, en localisant le dépôt métallique dans les capillaires des papilles gingivales. Ce n'est qu'exceptionnellement que le dépôt plombique existe dans les papilles.

[1] Le liseré plombique (*Archives de méd. nav.*, février 1876, p. 137, 141, et mai 1876, p. 417, 422).

Dans ces derniers mois, j'ai pu observer une dizaine de malades chez lesquels l'examen des gencives m'a permis de diagnostiquer l'intoxication plomblique trop souvent méconnue; dans tous les cas que j'ai observés, le siége de l'altération était le même, et je propose de substituer à la dénomination de liseré plombique, celle de *gingivite saturnine*. Il s'agit en effet d'une altération constante de la gencive, du ressort de la chirurgie dentaire. C'est à ce titre, et pour combler une lacune de nos traités de pathalogie externe, que je soumets mes observations à la Société de chirurgie.

La gencive présente deux faces : l'une, libre, buccale, papillaire, épithéliale ; l'autre, adhérente, dentaire, périostique. Ces deux faces se réunissent pour former un bord mince, festonné, que contourne l'épithélium jusqu'au point où la gencive adhère au collet de la dent par sa face périostique. Les languettes gingivales interdentaires qui cloisonnent la gouttière alvéolo-ginvivale présentent deux faces adhérentes aux dents, entre lesquelles elles sont interposées.

La circulation capillaire de la gencive se fait par deux plexus : l'un, superficiel, papillaire, à capillaires plus fins ; l'autre, profond, périostique. C'est toujours le *plexus périostique* qui est le siége du dépôt plombique : le plexus papillaire est intact.

Pour vérifier ce fait d'anatomie pathologique, je conseille de procéder de la façon suivante :

Je pars de ce fait *: Toute ligne noire des gencives s'accompagne de décollement ;* écartez la gencive avec une aiguille, un petit couteau de Weber, cette petite manœuvre aura souvent pour résultat de donner issue à une gouttelette de pus retenue entre la gencive et la dent. L'excision de la gencive, opération très-simple et nullement douloureuse, devra être pratiquée de façon à n'enlever que la couche périostique. — Les cloisons gingivales interdentaires sont très-commodes pour ces coupes. Du même coup le liseré est supprimé en ce point, et, au lieu d'une ligne mince comme celle qui a fait donner le nom de liseré à ce symptôme de l'intoxication plombique, on observe une surface qui, dans toute l'étendue du décollement gingival, est hérissée de houppes capillaires infiltrées de granulations noires. Si l'on a la précaution de tourner sur l'objectif la face dentaire de la gencive, la démonstration ne laisse pas place au doute, lorsqu'on examine un liseré récent dont les parois capillaires ne sont pas encore altérées.

L'examen microscopique se fait tout d'abord avec les faibles grossissements, alternativement à la lumière directe, et à la lumière transmise. Les houppes capillaires à peine voilées par une très-mince couche de tissu cellulaire ont des contours très-nets.

Pour démontrer que l'infitration opaque des capillaires est due

à la présence de granulations plombiques, j'ai recours au procédé suivant :

Déposer au contact de la lamelle mince qui recouvre la préparation, quelques gouttes de solution d'acide chromique qui ne tarde pas à imprégner le fragment de gencive. Au bout de quelques minutes, toute la préparation est jaune, les capillaires toutefois tranchent par une coloration un peu différente due à la formation de chromate de plomb. Leur relief est très-net, et leur observation à l'éclairage direct est très-instructif.

Si, après avoir lavé la préparation à l'eau distillée, on verse sur elle quelques gouttes d'une solution de sulfhydrate de soude alcoolisée, la colaration noire des capillaires reparaît au bout de quelques instants.

Toutes ces observations se font rapidement dans le cabinet, et donnent à l'examen un cachet de rigueur scientifique indiscutable pour quiconque a une certaine habitude du microscope.

Dans certaines coupes heureuses, l'examen avec des grossissements plus élevés démontre clairement que le dépôt siége dans l'intérieur du capillaire.

En résumé, le mécanisme de l'injection opaque des capillaires profonds de la gencive est plus élémentaire.

La gencive se décolle partiellement, des matières organiques se déposent dans ce petit nid d'hirondelle formé entre la gencive et la dent.

L'hydrogène sulfuré qu'elles dégagent agit à l'état naissant à travers la paroi capillaire sur le sang intoxiqué, et des granulations de sulfure de plomb se déposent dans les anses capillaires, dont l'ensemble représente non un liseré, mais une plaque estampée par un pointillé noirâtre.

Le liseré visible n'est autre chose que le bord supérieur de ces plaques, qu'on ne peut bien voir qu'en écartant la gencive de la dent.

Une pareille altération des capillaires profonds de la gencive, siégeant parfois sur tout le pourtour de la dent, est de nature a entraîner des conséquences sérieuses, rétraction, ulcération, abcès......, ébranlement des dents, et la dénomination de gingivite saturnine doit être désormais adoptée comme traduisant plus exactement ce détail intéressant d'anatomie pathologique.

L'évolution de cette gingivite est variable suivant les sujets. Chez les personnes peu soucieuses des soins de la bouche, le terrain est tout préparé par un léger décollement préalable de la gencive, la présence de tartre...... C'est ainsi que j'ai pu récemment reconnaître l'empoisonnement plombique avant l'apparition des coliques, sur une jeune femme qui avait pris pendant quelques temps de l'acétate de plomb comme moyen thérapeutique. Chez

les personnes qui font un usage fréquent de la brosse et des lotions buccales, le liseré tarde à apparaître, mais si la cause d'empoisonnement continue à se faire sentir sous l'influence de la chloro-anémie, des décollements gingivaux se produisent, et en recherchant le plomb dans les languettes interdentaires, on le trouvera ordinairement.

M. Magitot. Je regrette que l'heure avancée ne me permette pas de présenter un certain nombre d'observations que suggère l'intéressant travail de M. Cras sur le *liseré saturnin*. Je me bornerai à quelques remarques à l'égard du siége et du mécanisme de production du liseré. Au sujet du siége, je ne partage pas l'idée de M. Cras qui localise le dépôt de particules plombiques dans les anses capillaires de la muqueuse gingivale. Mes observations m'ont montré que ce dépôt siégeait invariablement, non point dans les capillaires, mais dans l'épaisseur de la couche épithéliale qui revêt la muqueuse et en particulier dans les interstices des cellules profondes au voisinage de la couche de Malpighi. C'est précisément la lecture d'un travail antérieur de M. Cras, dans lequel avait déjà été émise l'opinion qu'il professe aujourd'hui, qui m'avait conduit à rechercher la présence des granulations plombiques dans les capillaires, mais sans réussir à les y rencontrer. J'insiste donc sur le siége exclusivement épithélial du dépôt saturnin.

En ce qui regarde le mécanisme de sa formation, il est évident que, pour M. Cras, les éléments d'intoxication plombique sont conduits par les voies circulatoires jusqu'aux capillaires, dans les anses desquels ils se déposeraient purement et simplement et où ils se transformeraient en sulfure amorphe. Mais comment expliquer alors que les gencives dépourvues de dents ne présentent jamais le liseré ? Comment ne le rencontre-t-on point sur d'autres muqueuses également recouvertes d'épithélium transparent, la conjonctive, la muqueuse des lèvres et dans tous les capillaires indifféremment? On ne peut cependant admettre une influence élective des préparations saturnines sur les capillaires de la muqueuse gingivale.

Je serais donc conduit par mes recherches à considérer le dépôt saturnin comme provenant de l'élimination par la salive des sels de plomb solubles, au même titre que tant d'autres substances diverses contenues normalement dans le liquide et avec lesquelles ils seraient mélangés. Puis, arrivé au contact des languettes gingivales, le plomb s'y dépose avec d'autres produits salivaires, les phosphates et carbonates par exemple, qui forment le tartre; il passe ensuite à l'état de sulfure de plomb, grâce aux émanations sulfuriques de la bouche, et se dépose en granulations amorphes

au milieu des cellules épithéliales qui occupent le petit cul-de-sac interposé entre le bord libre et la surface des dents. Ainsi s'expliquent toutes les conditions bien connues de ce liseré. Son lieu d'élection derrière le bord ginvival, sa coïncidence avec les dépôts de tartre, son absence sur les points dépourvus de dents et sur les autres parties du corps qui ne présentent point les mêmes dispositions.

Je termine par une dernière remarque sur le terme de *gingivite saturnine* qu'emploie M. Cras pour désigner le liseré plombique. Il ne me paraît pas qu'il y ait là de gingivite proprement dite. J'ai vu survenir le liseré après quelques jours d'administration du plomb et sans aucune trace d'inflammation concomitante. Ce fait se produit instantanément chez les animaux sur lesquels on provoque son apparition ; et si M. Cras a constaté des liserés avec gingivite, il ne faut pas oublier que ses observations ont surtout porté sur des marins et des paysans, sujets très-fréquemment porteurs d'un certain degré de gingivite, celle des fumeurs, celle du tartre par exemple. Il y aurait donc là simple coïncidence.

M. Cras. Je crois qu'il faut faire une grande attention dans les préparations qui font le sujet de ces recherches, parce qu'une simple question d'orientation peut changer les résultats. Pour moi, je suis convaincu qu'il n'y a jamais de liseré dans l'épithélium, et que pour la production de ce liseré, il faut toujours qu'il y ait eu chute de l'épithélium par suite de gingivite.

Je n'admets pas l'opinion de M. Magitot lorsqu'il dit que, si ma théorie était exacte, on devrait trouver des dépôts plombiques dans d'autres muqueuses ; mais on en rencontre dans l'intestin, et, pour moi, j'ai eu l'occasion de soutenir que la colique sèche devait avoir pour cause l'absorption du plomb ainsi déposé, transformé en sulfure de plomb. La raison pour laquelle ce liseré se produit surtout aux gencives, se trouve dans les conditions d'inflammation si fréquente des gencives.

M. Magitot. Pour M. Cras, il est donc indispensable qu'il y ait gingivite préalable pour produire le liseré plombique. Or, j'ai vu des liserés sans gingivite, et dans un cas où le liseré est survenu à la suite d'une lotion plombique faite pour la teinture des cheveux.

M. Cras. S'il n'y a pas eu gingivite et décollement des gencives, je ne crois pas qu'il puisse se produire de liseré.

La séance est levée à 5 h. 35 m.

Le secrétaire,
Horteloup.

Paris.— Imp. Paul Dupont, 41, rue Jean-Jacques-Rousseau. (1121, 77.) *Le Gerant,* Masson.

Séance du 27 février 1878.

Présidence de M. F. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Pour Paris : les journaux périodiques de la semaine, le *Bulletin de la Société de médecine légale de France ;*

2° Pour la province : le *Lyon médical,* la *Revue médicale de Toulouse*, la *Gazette médicale de Bordeaux*, le *Bordeaux médical*, l'*Avenir médical du Nord de la France*, la *Revue médicale de l'Est*, le *Sud médical ;*

3° Pour l'étranger : la *Gazette médicale de Barcelone*, le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, la *Gazette médicale Italienne-Lombarde*, le *British medical Journal,* la *Gazette de santé militaire de Madrid,* le Rapport annuel du Collége de chirurgie de Washington;

4° Une lettre de M. Nicaise qui, retenu chez lui par une indisposition, ne peut assister à la séance;

5° Une lettre de remerciements de M. Arlt, de Vienne, membre correspondant étranger, qui adresse à la Société divers mémoires qui seront déposés à la bibliothèque;

6° Un extrait du congrès de Genève, relatif à la périostite externe et aux abcès périostiques, par M. Duplay;

7° Deux observations de chirurgie prises dans le service de M. le médecin en chef de l'hôpital de La Rochelle, par M. le Dr Lecard, médecin-major audit hôpital;

8° Un travail du même auteur intitulé : *les Prisonniers allemands internés à Belle-Isle-en-Mer* 1870-71; *leur état sanitaire*.

(*Commission :* MM. PERRIN, GILLETTE, LANNELONGUE.)

A l'occasion du procès-verbal, M. DESPRÈS demande la parole :

Je désire présenter à la Société de chirurgie la statistique intégrale de mon service à l'hôpital Cochin, au sujet des fractures compliquées de jambe; les résultats, que j'ai obtenus par des pansements ordinaires, prouvent qu'il n'est pas nécessaire, pour obtenir des succès, de recourir aux pansements antiseptiques dont M. Verneuil nous a fait l'éloge en présentant la thèse de M. Vitu.

Depuis que je suis à l'hôpital Cochin, j'ai suivi deux modes de traitement pour les fractures compliquées de jambe.

En 1872-73, j'employais le pansement que j'avais appris dans le service de mes maîtres, Nélaton, Robert; je plaçais le membre dans une gouttière, je recouvrais de gâteaux de charpie imbibée d'eau et d'alcool camphré, quelquefois j'entourais le membre avec un appareil de Scultet.

Comme je vous le montrerai par les chiffres, je n'obtenais pas de bons résultats, et je me décidai à l'immobilisation complète que je regarde comme la seule et unique cause de succès.

J'eus recours à l'attelle plâtrée et au pansement par les bandelettes de diachylum.

Les résultats changèrent du tout au tout; et je puis dire qu'avec le second mode de pansement, j'ai obtenu des succès aussi beaux que par le pansement de Lister.

Dans la première période de 1872-73, j'ai eu 13 fractures compliquées de jambe.

Sur ces 13 fractures, j'élimine 5 cas que je crus nécessaire de sacrifier: 4 amputations de cuisse, 3 morts; 1 désarticulation du genou, 1 mort.

Les 8 autres fractures compliquées furent traitées, comme je l'ai dit, dans la gouttière; et j'ai obtenu 2 guérisons, 6 morts.

Voici le résumé de ces 8 observations.

1° Faucon (Auguste), 71 ans, fileur, entré le 16 juin 1872; fracture du péroné avec arrachement de la malléole du côté droit; fracture comminutive du tibia et du péroné du côté gauche, frisson le 6 juillet, pas d'abcès métastatique, suppuration dans la fracture du côté droit. 8 juillet, *mort*.

2° Dubois (Victoire), 47 ans, champignonniste, 8 septembre 1872; fracture compliquée de la jambe droite du tiers inférieur, fracture de la jambe gauche, plaie de tête, fracture du sternum, pneumonie du côté droit. *Morte* de la complication, 15 septembre.

3° Brageaux (Jean), 55 ans, charretier, 9 octobre; fracture des deux os de la jambe droite compliquée de plaie; alcoolisme, infection purulente. 18 octobre, *mort*.

4° Quillet (Émile), 22 ans, menuisier, 14 février; fracture compliquée de plaie du tibia et du péroné de la jambe gauche à la partie moyenne; issue de 15 centimètres du tibia qui s'était implanté dans le sol, fracture comminutive de l'astragale et de l'extrémité inférieure du tibia droit, panaris anthracoïdes de la main. 10 mai-1877, *guérison*.

5° Dil (Auguste), 18 ans, maçon, 29 mars 1873, fracture du tibia avec plaie; frissons le 6 avril; ictère le 12. 24 avril, *mort*.

6° Brière (Marie), 69 ans, journalière, 19 juillet 1873; fracture des deux os de la jambe avec plaie, occlusion au diachylum. *Guérison*.

7° Rivière (Auguste), 82 ans, champignonniste, 2 juillet 1873; fracture des deux os de la jambe au tiers inférieur, avec plaie à droite, entorse à gauche, chute dans une carrière, gangrène de la peau; le

12 juillet, issue d'un fragment; plusieurs frissons, abcès métastatiques du poumon, pleurésie purulente. 7 août 1873, *mort*.

8° Surcan (Jacques), 52 ans, jardinier, 1er septembre; chute sous une voiture, fracture indirecte des deux os de la jambe droite, issue des fragments, contusion du dos, plusieurs frissons, infection purulente. *Mort*.

Dans la seconde période, 1874, 1875, 1876, 1877, j'ai eu à soigner 11 fractures compliquées de jambe, je n'ai eu qu'une mort. La femme avait 74 ans, et elle a succombé aux suites d'un érysipèle.

Voici le résumé des 11 observations :

1874. — 1° Fragliny (Jean), 53 ans, bardeur, 23 avril; fracture des deux os de la jambe avec plaie. 17 août, *guérison*.

1875. — 2° Bollot (Eugène), chef d'équipe, 7 mars; fracture des deux os de la jambe avec esquille et petite plaie. Incision et ablation de deux esquilles. 20 juin, *guérison*.

3° Vallot, journalier, 2 juillet; fracture des deux os de la jambe droite par cause directe avec épanchement sanguin et plaie, produite par le fragment inférieur du tibia, trois appareils plâtrés, suppuration de la plaie. 18 août, *guérison*.

4° Diard (Pauline), 74 ans, blanchisseuse, 17 avril; fracture des deux os de la jambe droite avec plaie pénétrante au tiers inférieur; contusions multiples des parties molles; frissons le 24 août, érysipèle de la jambe, gangrène du siége; à l'autopsie fracture du tibia seul à droite. 7 septembre, *mort*.

1876. — 5° Rabasses (Laurent), 17 ans, journalier, 24 septembre; fracture comminutive du 1/3 inférieur de la jambe droite. Incision et extraction d'esquilles, appareil plâtré. Le 10 janvier, *guérison*.

6° Commaille, 43 ans, brasseur, 20 octobre; fracture du tibia gauche avec plaie, esquilles, extraction d'une esquille le jour même, occlusion avec des bandelettes de diachylum, une hémorrhagie dans l'après-midi oblige à retirer les bandelettes qui sont replacées le lendemain ; suppuration abondante, pas de fièvre, état général excellent, 18 décembre, *guérison*.

1877. — 7° Goudron (Pierre), 26 ans, terrassier; fracture des deux os de la jambe droite avec plaie; fracture de l'astragale à gauche; diarrhée le 20 juillet; angioleucite le 4 août, abcès du dos du pied le 14; issue de deux petits séquestres. Le 12 septembre, *guérison*.

8° Nicolas (Henri), 28 ans, salle Saint-Jacques, n° 4, 28 octobre 1877; fracture des deux os de la jambe par cause indirecte, avec plaie; suppuration du foyer le 3 novembre. Encore à l'hôpital.

9° Journet (Eugène), 51 ans, 13 septembre 1875; fracture des deux os de la jambe avec plaie, fracture comminutive du côté droit, gangrène de la peau des deux jambes, frissons le 27 janvier, érysipèle de la jambe; extraction de séquestre le 1er mars, extraction de séquestres après dilatation de la plaie, frissons le 3 juillet, érysipèle, abcès de la jambe le 17 juillet. Encore à l'hôpital.

10° Gasteau (Louis), mégissier, 17 août 1877; fracture des deux os de la jambe avec plaie, dénudation des os sur une longue étendue. Suture des deux fragments qui faisaient issue de 10 centimètres. Encore à l'hôpital.

11° Teissier (Arthur), 33 ans, terrassier; fracture des deux os de la jambe droite au tiers supérieur, extraction d'une esquille. Encore en traitement.

Je crois que, sans vouloir forcer les chiffres, on arrive à admettre le rôle considérable que joue, dans le traitement des fractures compliquées de la jambe, l'immobilité, mais l'immobilité rigoureuse. Si le délabrement n'est pas complet, on obtient vite la guérison; s'il y a des esquilles, l'élimination s'obtient très-simplement.

Je ne fais pas l'occlusion, comme le veut M. Guérin, c'est une occlusion incomplète; mais le diachylum préserve de l'irritation extérieure et laisse, autour de la plaie, une atmosphère humide.

M. Boinet. Loin d'être opposé au traitement, comme pourrait peut-être le faire croire le procès-verbal de la séance précédente, j'y attache une très-grande importance, et ma protestation a porté sur l'origine des matériaux que M. Vitu a cru nécessaire de réunir pour faire sa thèse. Ainsi cette thèse, présentée par M. Verneuil, renferme une statistique importante de la pratique des chirurgiens étrangers. Je demande à faire remarquer que nous n'avons pas besoin d'invoquer la pratique des étrangers, pour démontrer les effets salutaires du pansement antiseptique dans les fractures comminutives, que cette pratique est très-française et est loin d'être nouvelle. Pour mon compte, je n'ai cessé de la mettre en pratique pendant le siége de 1870 dans les ambulances confiées à mes soins et je n'ai eu qu'à m'en louer; dans 48 fractures comminutives dues à des balles ou à des éclats d'obus, témoin des insuccès nombreux qu'entraînaient les amputations dans nos ambulances, dont les conditions hygiéniques étaient détestables, au palais de l'Industrie comme au Grand-Hôtel, j'eus recours à l'emploi des antiseptiques que j'employais depuis longtemps avec succès dans des fractures comminutives qui n'étaient pas dues à des armes à feu, et je pansai toutes les fractures comminutives de mon service, avec une teinture alcoolique d'iode et de tannin (teinture iodo-tannique); tout membre atteint d'une fracture comminutive, quel que fût le délabrement (je n'avais recours à l'amputation qu'à la dernière extrémité, quand les os étaient tellement broyés que la conservation du membre était impossible), était lavé, nettoyé, injecté, irrigué à l'eau tiède, pour enlever le sang, la sérosité, le pus et toutes les matières susceptibles de se putréfier; s'il y avait

des esquilles mobiles, elles étaient également enlevées, laissant celles qui adhéraient par un point quelconque. Après ce lavage, on en faisait un second avec le liquide iodo-tannique, de façon à faire pénétrer soit par irrigation, soit par injection, soit avec une éponge fine, ce liquide dans toutes les anfractuosités de la plaie, qui, bien baignée, bien imbibée, était placée dans une gouttière de Bonnet, garnie de bandelettes séparées et mobiles ; puis la fracture étant réduite et le membre placé dans la meilleure position possible, et fixé, les plaies étaient recouvertes d'épais plumasseaux de charpie imbibée de liquide antiseptique, puis par-dessus des compresses pliées en 4 ou en 8 et imbibées du même liquide ; alors on ramenait les bandelettes qui étaient peu serrées, et par-dessus je plaçais une couche de ouate plus ou moins épaisse, recouverte du taffetas gommé qui garnissait le fond de la gouttière. Le repos le plus complet de la partie blessée était recommandé et le pansement n'était plus défait, que si des circonstances majeures l'exigeaient, comme l'enlèvement d'esquilles ou la formation d'un foyer purulent; puis, chaque jour, sans défaire le pansement, si ce n'est le taffetas qu'on renversait et la ouate qu'on enlevait et qu'on remplaçait, tout le pansement était arrosé de liquide iodo-tannique, afin de rendre les effets de cette teinture alcoolique permanente et d'empêcher l'infection purulente. Cette infection qui faisait de cruels ravages dans tous les autres services semblait avoir épargné le mien, puisque sur 200 blessés je n'en ai observé que 3 cas, quoique je fusse placé comme les autres chirurgiens dans un milieu malsain, dans un air vicié et d'une odeur infecte, dans des salles ou chambres encombrées, dont les conditions hygiéniques étaient des plus mauvaises, avec des blessés démoralisés, affaiblis par une mauvaise nourriture, en un mot dans toutes les conditions favorables au développement de l'infection purulente. Les succès que j'obtins furent assez sensibles pour que plusieurs de mes collègues voulussent bien employer la méthode que je mettais en usage.

Le compte rendu de mon service que j'ai eu l'honneur d'offrir à la Société de chirurgie, et qui est dans sa bibliothèque, constate que sur 48 fractures comminutives, qui offraient pour la plupart des indications d'amputation, cette opération n'a été pratiquée que 6 fois : 2 amputations de cuisse (1 mort, 1 guérison), 2 amputations sus-malléolaires sur le même blessé (1 mort), 2 amputations de bras (1 mort, 1 guérison); sur les 42 fractures qui restent, 32 ont guéri.

De ces 42 fractures comminutives, 13 appartenaient au membre supérieur : pour le bras 4 guérisons, 6 pour l'avant-bras;

8 appartenaient à la cuisse : 6 guérisons;

5 appartenaient au genou : 3 guérisons;
12 appartenaient aux jambes : 10 guérisons;
4 appartenaient aux pieds: 4 guérisons.

(*Bulletin de la Société française de secours aux blessés des armées de terre et de mer.*)

Dans la première édition de mon *Traité d'iodothérapie*, publié en 1855, on trouve encore plusieurs cas de fractures comminutives guéris par la teinture alcoolique d'iode, le repos et plusieurs cas de guérison d'infection purulente; à la page 608, on trouvera un chapitre qui prouvera l'usage déjà ancien des pansements antiseptiques, il est intitulé :

Des applications locales de la teinture d'iode sur les plaies, les ulcères, dans les inflammations virulentes contagieuses, et comme curatif de l'infection putride et moyen préventif de l'infection purulente, etc.

Dans ce chapitre se trouvent plusieurs observations qui remontent au delà de 1855 et qui ont été publiées dans les journaux de médecine de l'époque; ces observations démontrent les effets salutaires de l'alcool et des teintures alcooliques dans les fractures comminutives, et que le mode des pansements par l'alcool et les teintures alcooliques, pour empêcher l'infection purulente et même l'arrêter à son début, n'est pas aussi moderne qu'on veut bien le dire, et qu'il n'appartient pas aux étrangers.

M. Desprès. Puisque M. Boinet a parlé du traitement des fractures par armes à feu, que j'avais complétement laissées de côté, je dirai que, malgré les détestables conditions hygiéniques et malgré les appareils plus que primitifs que nous avons rencontrés pendant la guerre, j'ai obtenu des résultats assez remarquables pour les fractures compliquées de jambe. Ainsi à Sedan, sur

8 fractures de jambes, 5 guérisons ;

à Beaugency, où nous étions un peu mieux installés, nous n'avons eu que

7 morts sur 27 fractures compliquées de jambe.

Je ne crois pas que l'on puisse comparer les blessures de guerre avec les fractures de nos hôpitaux. Dans les plaies par armes à feu, il y a presque toujours deux ouvertures, aussi l'écoulement du pus est-il plus facile ; c'est ce qui, pour moi, explique les résultats satisfaisants que j'ai pu obtenir avec une immobilisation faite avec des appareils incomplets, et avec l'irrigation continue qui était le fond de nos pansements. On voit que sans antiseptiques j'ai pu obtenir, sur les plaies de guerre, les mêmes résultats que M. Boinet.

M. VERNEUIL. Je regrette que M. Desprès n'ait pas parcouru la thèse que j'ai présentée, de la part de M. Vitu ; il aurait vu qu'il n'y est nullement question du procédé de Lister, mais bien de la méthode antiseptique en général.

La méthode antiseptique forme une grande classe de la thérapeutique chirurgicale dont le pansement de Lister n'est qu'un procédé, ainsi que le procédé antiseptique dont M. Boinet vient de nous parler.

Il faut donc poser en principe qu'il y a, pour pratiquer le pansement antiseptique, plusieurs procédés dont M. Vitu nous a donné les résultats en s'appuyant, non-seulement sur la pratique d'un seul pays, mais bien sur la pratique des chirurgiens étrangers.

M. Desprès nous a vanté l'excellence de l'immobilisation, personne ne le contredit, mais ce n'est pas nouveau ; et, pour ma part, je me souviens de l'avoir employée sous les ordres de Lisfranc, qui la pratiquait avec grand soin, et cependant, la mort était presque la règle dans les fractures compliquées.

Quant à l'occlusion des plaies compliquant les fractures de jambes, j'en avais obtenu, dès 1869, d'excellents résultats, ainsi que le constate la thèse de M. Bertrand.

Il faut convenir que le pronostic des fractures compliquées de jambe a complétement changé depuis plusieurs années, et l'immobilisation n'en est pas la seule cause.

M. DESPRÈS. Si je me suis servi du mot de pansement de Lister, c'est pour désigner le procédé antiseptique. J'affirme de nouveau que les procédés non antiseptiques peuvent donner d'aussi bons résultats, pourvu qu'on emploi l'immobilité complète et qu'on entoure la fracture d'un atmosphère humide.

Rapport.

M. GUÉNIOT lit un rapport sur deux observations intitulées : 1° *Dystocie par allongement et tuméfaction considérable des deux lèvres du col utérin. Application du forceps et débridement multiple.* 2° *Sarcome congénital opéré par le thermo-cautère* chez un enfant de 4 jours, guérison. Lesquelles vous ont été adressées par M. le Dr Mandillon, de Bordeaux.

Le 11 juillet 1877, M. le Dr Mandillon, de Bordeaux, a présenté à la Société de chirurgie un travail manuscrit dont vous m'avez chargé de rendre compte. Je viens aujourd'hui m'acquitter de cette tâche.

Le travail dont il s'agit se compose de *deux parties* très-dis-

tinctes, n'ayant entre elles aucun rapport, et comprenant chacune la relation d'un fait clinique avec des commentaires y afférents.

La *première* est intitulée :

Dystocie par allongement et tuméfaction considérable des deux lèvres du col utérin. Application du forceps et débridement multiple.

Voici, dans ses plus importants détails, quel est le fait qui en forme la substance.

Le 6 février 1877, à 3 heures du matin, M. Mandillon ayant été appelé par une sage-femme près d'une secondipare dont l'accouchement était entravé, notre confrère s'empressa d'examiner la parturiente et constata les particularités suivantes : à l'orifice vulvaire existaient deux tumeurs d'un rouge vineux, rénitentes et à grosses bosselures.

La première, située en avant, était de forme ellipsoïde et aplatie dans le sens antéro-postérieur ; elle mesurait 12 centimètres dans son grand diamètre, 8 centimètres dans le petit et 27 centimètres dans sa circonférence.

La seconde tumeur, qui répondait au périnée, avait la grosseur d'une mandarine. Le doigt, en les circonscrivant l'une et l'autre, pénétrait entre leur surface externe et les parois du vagin, jusqu'à 6 ou 7 centimètres de profondeur. Là, il se trouvait arrêté par les culs-de-sac vaginaux et par la tête fœtale qui occupait l'excavation pelvienne. Porté ensuite entre les deux tumeurs, il arrivait, à travers une sorte de canal, jusqu'au contact direct du crâne, qui se présentait en O. I. G. A. A n'en pas douter, ces tumeurs étaient le résultat d'une altération du col utérin; elles représentaient le museau de tanche énormément tuméfié.

La parturiente, qui était en travail depuis la veille 3 h. 1/2 du soir, avait perdu les eaux 6 heures plus tard, c'est-à-dire vers 9 h. 1/2, et à 1 heure du matin, une dose considérable d'ergot de seigle lui avait été administrée par la sage-femme. Vers 2 heures du matin (1 heure après la première prise d'ergot), les deux tumeurs dont il vient d'être question avaient commencé à se montrer et s'étaient très-rapidement développées. La tumeur antérieure d'abord, et la tumeur postérieure ensuite.

L'auscultation, pratiquée avec soin, n'ayant pas permis d'entendre les bruits du cœur fœtal, M. Mandillon, sans plus tarder, se mit en devoir de terminer l'accouchement à l'aide du forceps.

L'application de l'instrument n'offrit pas de difficulté ; la tête, bien saisie, descendit promptement sur le plancher du bassin ; mais, comme son dégagement ne pouvait s'opérer qu'en entraînant les deux tumeurs, notre confrère pratiqua, avec le bistouri boutonné, un double débridement en avant et en arrière, sur le pourtour de l'orifice qui étreignait l'occiput.

L'extraction, dès lors, ne fut plus entravée.

L'enfant, né en état de mort apparente, fit deux ou trois inspirations et, malgré les soins les plus assidus, ne put être ranimé. L'opération,

cependant, n'avait pas en tout duré plus de 5 minutes. Le délivre suivit presque aussitôt l'expulsion du fœtus et tomba comme une masse au pied du lit. M. Mandillon voulut alors examiner à nouveau l'état des parties. Cet examen, pratiqué avec la plus grande attention, ne fit que confirmer exactement le diagnostic primitivement porté. Il s'agissait bien du col de la matrice, dont les lèvres, démesurément tuméfiées, constituaient les deux tumeurs extra-vulvaires. Le doigt pouvait ainsi parcourir deux cylindres concentriques, l'un formé par le canal du vagin et l'autre par celui du col prolapsé.

12 heures après l'accouchement, les tumeurs avaient un peu diminué de volume; il s'en écoulait assez abondamment une sorte de sérosité sanguinolente. Pour tout traitement elles furent recouvertes de compresses imbibées de vin sucré.

Le 11 février (5e jour des couches), leur volume n'excédait plus celui d'une noix ordinaire: mais elles faisaient toujours hernie à travers la vulve.

Le 14, elles répondaient au niveau même de cette dernière; et le 21, c'est-à-dire 15 jours après la délivrance, elles étaient, non-seulement réduites dans leurs dimensions, mais encore complétement rentrées dans le vagin.

Au 40e jour de l'accouchement, le col utérin avait repris une situation presque normale. Sa lèvre antérieure mesurait environ 4 centimètres 1/2 de longueur, sur 2 centimètres d'épaisseur, et la postérieure ne formait plus qu'un bourrelet peu saillant. Des injections très-astringentes furent continuées.

Enfin, une dernière exploration, pratiquée 4 mois après l'accouchement, fit reconnaître que la matrice était sensiblement abaissée et que la lèvre antérieure du col, longue encore de près de 4 centimètres, venait presque affleurer l'orifice vulvaire. Celle-ci ne présentait, d'ailleurs, ni bosselure, ni dureté anormale, aucun caractère, en un mot, qui pût faire penser à une dégénérescence quelconque. Il s'agissait, selon toute apparence, d'une simple hypertrophie.

Telle est, dans sa substance, l'observation pleine d'intérêt que nous a communiquée M. Mandillon. J'ajouterai, cependant, comme renseignements utiles, que la jeune femme qui en fait l'objet était âgée de 25 ans : qu'elle était accouchée une première fois à terme, 2 ans auparavant, et de la manière la plus normale; enfin que, ni avant, ni pendant sa seconde grossesse, elle ne s'était aperçue d'aucun prolapsus de la matrice.

Maintenant que les circonstances cliniques vous sont connues, abordons l'examen des réflexions dont notre confrère accompagne sa relation. Elles portent sur plusieurs points : d'abord *sur la nature et le mode de formation des tumeurs*.

Pour l'auteur, ces dernières seraient constituées par l'*hypertrophie œdémateuse* des deux lèvres du col. Je me hâte de dire qu'à part l'expression d'*hypertrophie* qui me paraît ici impropre, les caractères et la marche de l'affection démontrent bien que le

diagnostic de notre confrère est exact. Il s'agit, en effet, d'une *tuméfaction* œdémateuse, d'une infiltration séro-sanguine, probablement accompagnée de petits épanchements de sang dans la substance même du col utérin. Le mode suivant lequel cette tuméfaction s'est produite est une nouvelle preuve de sa nature hydrohématique. Comme le remarque M. Mandillon, la rupture prématurée des membranes et l'action tétanique de l'ergot ont dû contribuer, pour une bonne part, à la genèse de la lésion. La compression du segment inférieur de la matrice entre le pourtour du bassin et la tête fœtale, en mettant obstacle à la circulation veineuse du col utérin, aura provoqué l'infiltration de ce dernier et le développement rapide de toutes ses dimensions. Il est même vraisemblable, comme je le faisais pressentir plus haut, que certaines ruptures vasculaires auront aussi déterminé de petites collections sanguines dans la tumeur antérieure. Les exemples de ce genre, quoique rares, m'autorisent à formuler cette hypothèse; car c'est dans des conditions exactement semblables que le *thrombus* de la lèvre antérieure du col a été observé.

J'ajouterai qu'une autre cause, dont notre confrère ne dit rien, me paraît avoir joué aussi un rôle très-important dans la production de la tumeur; je veux parler d'une contexture spéciale du tissu du col, contexture déterminée sans doute par un état morbide antérieur, et qui a rendu cet organe susceptible d'infiltration. Sans cette prédisposition organique, il serait difficile de comprendre comment le tissu serré du col utérin peut devenir, sous l'influence de causes passagères, le siége d'un œdème aussi considérable. Déjà, en 1872, dans un mémoire *sur l'allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin* [1], j'ai invoqué l'existence de cet état anatomique particulier, qui se trouve manifestement préparé par des ulcérations chroniques et par un prolapsus antécédent.

Quoique M. Mandillon s'applique à différencier l'affection dont il a été témoin, de celle qui fait le sujet de mon mémoire, il est impossible, néanmoins, de ne pas être frappé de leurs traits de ressemblance. Les causes organiques, qui ont occasionné l'une, rappellent aussi, en grande partie, l'étiologie de l'autre. S'il me fallait classer la lésion décrite par notre confrère de Bordeaux, je la rangerais conséquemment dans le même cadre que l'*allongement œdémateux avec prolapsus,* dont j'ai tracé l'histoire, et que le *thrombus de la lèvre antérieure*, dont il existe quelques exemples remarquables dans la science. Elle constituerait une simple

[1] Guéniot, De l'allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement. *Arch. gén. de méd.*, 1872, numéros d'avril et suivants.

variété entre ces deux espèces, auxquelles elle emprunte manifestement la plupart de ses caractères étiologiques et cliniques.

L'auteur, recherchant quels sont, jusqu'à ce jour, les faits connus que l'on peut rapprocher du sien, cite avec raison un mémoire de Duclos, de Toulouse [1], qui en renferme trois, puis les cas relatés par Nægele, Lever, Danyau, Blot et Calmeille, de Guindron. Ces derniers se trouvent publiés dans nos propres *Bulletins* (séance du 15 décembre 1874).

A cette courte série, qui ne remonte pas, comme on le voit, au delà de notre siècle, je puis ajouter un nouveau fait qui offre, anatomiquement, la plus grande analogie avec celui du Dr Mandillon. Il s'agit d'un cas observé par Léon Kessler, et qui a été analysé dans la *Revue des sciences médicales* de M. Hayem (n° du 15 juillet 1877, p. 167). La relation de Kessler est intitulée : « Hyperplasie aiguë de la lèvre antérieure de l'utérus, développée pendant la grossesse. » Permettez-moi, Messieurs, de vous en faire connaître très-brièvement la substance.

Il s'agit d'une femme qui, au huitième mois de sa quatrième grossesse, fit une chute sur la rampe d'un escalier. Ce traumatisme fut sans conséquence immédiate. Mais un mois après, on vit apparaître hors de la vulve une tumeur grosse comme un œuf de poule, tumeur que l'on contournait aisément avec le doigt dans le vagin, et que l'on reconnut être formée par la lèvre antérieure du col utérin. L'accouchement se fit à terme et nécessita l'emploi du forceps ; l'enfant, né vivant, était fortement constitué.

Quant aux suites, voici textuellement la note sommaire qui s'y rapporte. « La régression utérine s'effectua lentement ; ce n'est qu'à la septième semaine que l'utérus avait repris sa position normale. La lèvre antérieure avait conservée des dimensions exagérées ; elle était, en même temps, devenue dure et de forme tubuleuse. Des scarifications pratiquées sur elles restèrent sans résultat. Dès lors, l'ablation en fut résolue, puis exécutée. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. Cinq semaines après, l'utérus était revenu à son état normal. L'examen histologique montra que la tumeur était composée d'un tissu à cullules fusiformes. Entre les cellules s'étendait un tissu lamineux riche en vaisseaux, diminuant vers le centre de la tumeur.... »

A propos de l'abus qui fut fait de l'ergot de seigle sur la malade du Dr Mandillon, je me contenterai de rappeler les regrets que j'exprimais, dans une séance antérieure (séance du 8 août 1877), au sujet de la facilité octroyée aux sages-femmes de multiplier ces sortes de méfaits. Tant que l'autorité compétente n'interdira

[1] Duclos, Observations sur le prolongement spontané de la lèvre antérieure de la matrice dans quelques cas d'accouchements. *Bull. de la Faculté de médecine de Paris*, année 1818, n° 9.

pas aux ignorants l'emploi de cette substance, attendons-nous à voir presque invariablement figurer cette dernière au nombre des circonstances étiologiques de l'accouchement mortel ou accidenté.

Enfin, pour terminer ce qui a trait à cette observation, notons une particularité importante. Notre confrère signale expressément que l'auscultation, quoique pratiquée avec soin, ne lui donna qu'un résultat négatif; et cependant, le fœtus naquit avec des signes manifestes de vie. Assurément, les hommes versés dans la pratique obstétricale n'ont pas à être surpris de ce fait; car pour eux, il est notoire que parfois les bruits cardiaques du fœtus se trouvent complétement dissimulés. Le tétanos utérin, après l'administration de l'ergot, est une condition particulièrement favorable à cette dissimulation. Aussi, et c'est là le point pratique que je veux faire ressortir, n'est-il pas toujours exact de conclure du silence cardiaque de l'enfant à la mort certaine de ce dernier.

La *seconde partie* du travail de M. Mandillon porte pour titre :

Sarcome congénital opéré par le thermo-cautère, chez un enfant de 4 jours. Guérison.

Permettez-moi, Messieurs, de résumer devant vous cette observation intéressante.

Le 1er mai dernier, M. Mandillon fut appelé à traiter un enfant nouveau-né, du sexe masculin et d'une forte constitution, qui portait, sur l'épaule droite, une tumeur du volume d'une petite orange. Cette tumeur, régulièrement arrondie et presque sessile, mesurait 25 centimètres de circonférence; son pédicule, haut de 1 centimètre seulement, avait 1 diamètre d'environ 2 centimètres 1/2. Elle siégeait à la partie supérieure et interne du moignon de l'épaule, à peu près à 2 centimètres en dehors du bec de l'apophyse coracoïde. D'une consistance généralement ferme qui rappelait celle de certains polypes fibro-muqueux, elle était molle, comme fluctuante à sa partie supérieure, et d'une dureté presque cartilagineuse dans son pédicule, où l'on constatait l'existence de quelques battements artériels. Sa membrane d'enveloppe était rouge, luisante et parsemée d'arborisations veineuses, qui partaient du pédicule comme d'un centre. Grâce à ces traits pathologiques de la tumeur et aux caractères normaux du tégument voisin, la limite entre les deux se trouvait nettement tranchée. La peau de la région offrait bien un rayonnement inaccoutumé de veines superficielles ; mais ces vaisseaux, après s'être amincis en approchant du néoplasme, disparaissaient brusquement. Les attaches de la tumeur étaient d'ailleurs toutes entamées, car on pouvait sans peine la faire mouvoir sur les couches sous-jacentes.

Ajoutons, à titre de renseignements, que la mère du petit malade est une femme de 30 ans, vigoureusement constituée et dont la gros-

sesse (la cinquième) a été exempte de toute complication. Les quatre premiers enfants sont nés bien portants et normalement conformés. Quant au père, c'est également un homme jeune et robuste.

De quelle sorte de tumeur s'agissait-il ici ? Notre confrère pensa d'abord à un kyste ; mais une ponction exploratrice vint bientôt l'éloigner de cette idée. Les jours suivants, un îlot gangréneux s'étant manifesté sur le segment supérieur du néoplasme, une opération radicale devint urgente, et finalement l'ablation de la tumeur fut décidée, sans qu'un diagnostic précis ait été porté.

Le jeune âge de l'enfant et surtout la persistance des battements artériels dans le pédicule firent préférer, comme instrument d'exérèse, le thermo-cautère de Paquelin. L'opération, pratiquée le 5 mai par M. Mandillon, avec le concours de M. le Dr Obissier, n'offrit ni difficulté, ni incident. La section fut aussi nette que si elle eut été faite avec le bistouri. Une seule artériole fournit quelques gouttes de sang. Trois semaines après l'opération, la cicatrisation était complète, et l'enfant n'avait cessé, à aucun moment, de teter avec entrain. Deux mois après cette ablation, la cicatrice, devenue blanche et lisse, n'offrait plus que l'étendue d'une pièce de 50 centimes à 1 franc.

Quant à la tumeur, elle ressemblait à la coupe à un sarcome parsemé de petits foyers sanguins. A sa partie supérieure, on en remarquait un de dimensions notablement plus grandes que les autres. Du reste, la tumeur ayant été adressée à M. Obissier et à M. Vergely, médecins des hôpitaux, pour l'examen histologique, voici textuellement la note qui fut remise à ce sujet par ces messieurs.

« Après macération dans une solution d'acide chromique (2 0/0) pendant trois semaines, sur une coupe fine, à un faible grossissement, on voit un tissu ayant l'aspect fibrillaire, parsemé en certains points de nombreux noyaux. Dans d'autres points, les noyaux sont rares et très-espacés. La substance intermédiaire est granulo-graisseuse ; on trouve quelques vestiges de cellules.

« A un grossissement plus fort, on voit dans les points les plus jeunes de la tumeur, des cellules très-allongées, fusiformes, semées sans ordre bien déterminé au milieu du tissu fibrillaire et amorphe environnant. On découvre aussi quelques cellules rondes. Un certain nombre de cellules fusiformes ont perdu leur protoplasme et sont réduites à leur noyau. Le picro-carminate d'ammoniaque colore énergiquement le noyau, mais fort peu le corps de la cellule. A l'état frais, on avait constaté l'absence de suc, et dans les produits du raclage on avait trouvé des cellules fusiformes.

« En un mot, il s'agit d'un sarcome fusiforme (ancienne tumeur fibro-plastique) en grande voie de régression granulo-graisseuse. »

Messieurs, les réflexions de notre confrère au sujet de cette seconde observation, sont extrêmement brèves et ne contiennent rien qui ne vous soit connu. Après les développements que j'ai donnés à la première partie, je crois devoir m'arrêter ici, en vous proposant :

1° D'adresser à M. le Dr Mandillon des remerciements pour son intéressante communication ;

2° De déposer honorablement son travail dans les archives.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Communications.

M. Lannelongue lit un travail intitulé : *Note sur les ostéites apophysaires pendant la croissance.*

Le sujet qui a fait l'objet de ma communication a trait à un petit groupe d'affections occupant les apophyses des os avant leur soudure définitive. Les exemples que j'ai recueillis m'ont paru suffisamment nombreux pour indiquer la fréquence de ces maladies, et me permettre de vous donner l'esquisse d'une description qui fait absolument défaut. Chercher à combler cette lacune me paraît d'autant plus utile, que la question touche à certains côtés saillants de la pratique de notre art, tels que : débridement des os, résections de ces éminences, etc.

Vous savez quelle est l'origine des apophyses; elles dérivent comme le reste de l'os du squelette cartilagineux primitif; elles subissent aux divers âges des modifications qui ont avec celles subies par les épiphyses la plus complète analogie. Pourtant toutes les apophyses n'existent pas à la période fœtale du squelette cartilagineux; quelques-unes ne se dessinent que dans les premières années de la vie. Dès leur apparition elles suivent d'habitude un développement parrallèle à celui de l'épiphyse voisine.

Les apophyses symétriques ont une conformation et un volume identiques; on ne trouve que de très-faibles différences en rapport avec une prépondérance d'un côté du corps sur l'autre, ou certaines habitudes professionnelles. Sans exception, toutes ont une première phase exclusivement cartilagineuse; à cette période, l'apophyse consiste en une masse de cartilage, dont la forme rappelle déjà celle de la même éminence ossifiée. Plus tard, au sein de la masse apparaît un point osseux ; ce point osseux devient un noyau chaque jour plus considérable; il est isolé du reste de l'os par une coque cartilagineuse, inégalement épaisse suivant les points. L'apophyse est en voie de transformation; enfin, plus tard, ce cartilage disparaît par sections successives; l'apophyse est entièrement osseuse. Cette seconde phase, durant laquelle ces éminences se transforment, a une durée de plusieurs années suivant les os; c'est alors que ces saillies grandissent et se développent. C'est aussi la période où elles sont le siége de troubles pathologiques, sur lesquels je viens appeler votre attention.

Constituées exclusivement par du cartilage à une première période, les apophyses sont alors, comme ce tissu lui-même, très-réfractaires aux actes inflammatoires; tout au plus subissent-elles le contre-coup des inflammations voisines qui accélèrent ou ralentissent leur développement.

Par contre, le changement d'état des apophyses, leur transformation lente ou rapide, réclame pour se produire le concours d'une irritation physiologique active, poursuivant son but de substitution jusqu'à son dernier terme: l'ossification complète après croissance achevée. Sous cette influence, et pendant toute sa durée, se trouve constituée une véritable prédisposition , une sorte d'imminence morbide. Dès ce moment les apophyses peuvent subir primitivement les mêmes atteintes que celles qui frappent ailleurs le tissu osseux.

Mais, comme le tissu osseux de l'apophyse est compris dans une gangue de cartilage qui l'isole et le sépare du reste de l'os, il est aisé de comprendre le cantonnement de l'affection dans l'apophyse elle-même.

Il faut encore invoquer l'influence de cette coque cartilagineuse périphérique, pour expliquer comment le mal peut avoir, pendant une longue durée une délimitation qu'il ne franchit pas. L'ostéite, en occupant une région de l'os, est en quelque sorte indépendante de sa diaphyse et de son épiphyse; et cet isolement devient un gage précieux pour la sécurité des parties voisines. Mais si l'ostéite s'accompagne d'une destruction de ce cartilage, ou simplement, si elle hâte la soudure définitive de l'apophyse au reste de l'os, la barrière a disparu, l'affection peut s'étendre dans tous les sens. La direction la plus dangereuse est celle de l'épiphyse, car l'ostéite peut alors être suivie de désordres articulaires promptement ou lentement funestes. J'en rapporte un exemple.

Les influences sous lesquelles se produisent les ostéites apophysaires sont le rhumatisme, la scrofule, ou la tuberculose héréditaire, le traumatisme. Je donne successivement un exemple de chacune de ces causes dont l'action se détache avec une netteté frappante. Mais il est une cause nouvelle qui a joué un rôle actif, direct et immédiat dans deux de mes observations; c'est la contraction des muscles s'insérant sur l'apophyse, contraction mise en jeu, par l'exercice d'une profession nouvellement adoptée par les sujets. L'observation suivante a uniquement trait à cette influence professionnelle.

Obs. I. — Prince (Alphonse), âgé de 14 ans 1/2, tourneur en cuivre, entre à Sainte-Eugénie, le 20 février 1878, salle Napoléon, n° 1.

Les parents de cet enfant se portent bien ; ses grands-parents maternels vivent encore. Ses grands-parents paternels sont morts, l'un

d'une fluxion de poitrine, l'autre de vieillesse. Les trois frères de cet enfant jouissent d'une bonne santé. Il est âgé de 14 ans 1/2 : c'est un grand gaillard, vigoureux, qui n'a jamais eu d'autres maladies que la rougeole à 8 ans et de très-légères indispositions. Il a un squelette très-développé. Cet enfant a grandi beaucoup depuis deux ans. Il travaille depuis l'âge de 12 ans de l'état de tourneur en cuivre, métier dur et fatiguant dans lequel il tourne constamment, faisant aller le pied du côté gauche. Dans ce mouvement il fléchit et il étend alternativement la jambe en soulevant un peu la cuisse. Pendant les premiers 18 mois il ne travaillait que quelques heures par jour; depuis 6 mois, il emploie la journée entière à tourner.

Il y a environ un an, il a commencé à se plaindre de petites douleurs occupant la partie supérieure et antérieure de la jambe gauche, au niveau de la tubérosité antérieure du tibia. Ces douleurs, dans les premiers temps, étaient fort peu de chose et n'apparaissaient que très-irrégulièrement. Il s'en plaignait lorsqu'il se mettait à genoux, qu'il commençait à tourner le matin, et puis elles cessaient. Une longue marche, une journée de jeux ne les réveillaient pas. Elles n'existaient pas la nuit. Somme toute, elles n'étaient pas très-grandes ; pourtant il les réveillait encore lorsqu'il venait à toucher sa jambe. Sa mère et lui n'en auraient pas été autrement tourmentés, si, en même temps que ces douleurs il n'était pas apparu un gonflement au niveau de la tubérosité antérieure du tibia ; c'est pour ce gonflement qu'il est venu nous consulter.

La tubérosité antérieure du tibia est beaucoup plus saillante à gauche qu'à droite. Elle fait une saillie en pointe ; elle surplombe la crête du tibia en dépassant de plus d'un centimètre la saillie d'un volume ordinaire de l'autre côté. L'augmentation de volume existe dans tous les sens. Au-dessus d'elle, entre elle et la rotule, existe un creux beaucoup plus prononcé que de l'autre côté. En même temps qu'elle est plus gonflée, la saillie de l'épine antérieure du tibia est douloureuse. La pression, tout autour, sur les parties latérales et les tubérosités, ne provoque pas de douleurs, tandis que la pression sur la partie culminante et sur la partie gonflée produit une douleur assez grande ; de même la percussion à égale force, faite des deux côtés, provoque une douleur très-vive du côté gauche qui n'existe pas à droite. Mais en même temps ce qui m'a frappé tout de suite, c'est l'augmentation de volume qu'a subie l'apophyse styloïde du péroné gauche. Examinée avec toute la rigueur qu'on peut apporter, l'augmentation en longueur est très-sensible et je l'estime à un tiers de plus.

Longueur du tibia gauche, 37 centimètres.

Longueur du tibia droit, 3 millimètres de moins.

La longueur des deux tibias ne m'a pas donné un résultat assez sensible en faveur du membre malade, pour que j'en tienne compte.

Réflexions. — Dans cette observation, l'ostéite de la tubérosité antérieure du tibia a été provoquée par l'exercice fonctionnel du membre. Dans ce mouvement de flexion et d'extension de la jambe,

répété des milliers de fois chaque jour, le triceps fémoral a déterminé une perturbation physiologique dans le développement régulier de cette apophyse; la chose n'a rien d'étrange aujourd'hui, depuis que les rapports des insertions des tendons et des cartilages sont mieux connus. Contrairement, en effet, à ce que l'on pensait autrefois, ce n'est plus une simple juxtaposition qui existe entre le cartilage et l'origine du tendon, mais une véritable continuité de l'un à l'autre: en un mot de la cellule cartilagineuse à la fibre tendineuse il existe une continuité indéniable. On peut donc, sans hésitation, dire que cette cause mécanique, par ses effets multipliés, a eu pour résultat l'excitation anormale du travail physiologique; ce travail a dépassé son but, il est devenu pathologique. Je ferai remarquer que chez ce sujet, l'affection a été bornée à un développement exagéré de l'os, c'est-à-dire la formation d'une beaucoup plus grande proportion de tissu osseux. En même temps, le tissu osseux paraît être beaucoup plus consistant, il semble avoir les qualités du tissu osseux condensé. Pareil ordre de phénomènes, dérivant du même procédé, s'est produit sur l'apophyse styloïde du péroné. Chez cet enfant, quelques jours de repos ont suffi pour modérer et faire disparaître les douleurs, en même temps que la claudication. Je lui ai conseillé de changer de profession, sous peine par lui, d'être exposé à des complications plus fâcheuses dans l'avenir. En effet, on peut dire ici que l'ostéite a été provoquée par la profession, car, ni le passé de l'enfant, ni une influence héréditaire, ni son apparence, qui est magnifique, n'ont concouru au développement de l'ostéite; elle relève uniquement de l'influence exercée sur le cartilage ossifiant par l'intermédiaire du ligament antérieur de l'articulation du genou. C'est pour cela que j'ai conseillé au jeune malade la cessation de sa profession.

Dans l'observation suivante, l'apophyse ischiatique a été atteinte sans cause immédiate, chez un enfant chétif, dont le père est mort poitrinaire. L'ostéite a suppuré et nécessité la résection de l'ischion.

Obs. II.—Rousset (Adolphe), âgé de 6 ans, entré à l'hôpital Sainte-Eugénie, le 7 août 1877, salle Napoléon, n° 40. Sorti le 28 décembre 1877.

C'est un enfant chétif, pâle, d'apparence délicate. Pourtant il n'a eu que la rougeole à l'âge de 2 ans; mais il s'enrhume fréquemment. Il a perdu son père d'une affection de poitrine. Sans cause, sans motif, il y a 2 ans, il commença à se plaindre de douleurs dans la fesse du côté gauche; il boitait de temps en temps; on ne fit aucune attention à lui, il jouait comme les autres enfants. Deux mois plus tard, un gonflement se montra à la partie inférieure de la fesse gauche, au niveau du pli qui sépare la fesse de la cuisse en arrière. Ce gonflement

s'ouvrit spontanément après quinze jours de séjour au lit. Depuis lors, il est resté un trajet fistuleux qui ne s'est jamais fermé. On l'a traité par des injections iodés.

Au mois d'août 1877, il entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, et lorsque je reprends mon service le 1er novembre, on constate l'existence d'un orifice résultant de l'ouverture de l'abcès. A cet orifice succède un trajet fistuleux qui se dirige en haut vers l'ischion. Le stylet engagé arrive au fond de la cavité à 5 centimètres de profondeur sur une portion de l'ischion qui est dénudée, et offre une certaine résistance; la pression ne permet pas d'entrer dans l'intérieur de l'os; mais le stylet se promène sur une surface de 1 à 2 centimètres environ.

L'exploration de l'ischion à travers les parties molles ne faisait reconnaître qu'une légère augmentation de volume de cette éminence. L'état de la hanche et de l'articulation sacro-iliaque examinés avec soin ne révélait aucune lésion.

La suppuration qui s'écoulait par le trajet était médiocre, pourtant la santé générale de l'enfant exprimait une certaine souffrance. La respiration pulmonaire était d'une pureté parfaite. Il n'y avait pas d'albumine dans les urines. Le 5 novembre, après avoir dilaté le trajet fistuleux, je me bornai à ruginer la surface de l'ischion dénudé, et je restai frappé de la résistance que j'éprouvais à attaquer l'os.

Les suites de cette petite opération furent sans résultat d'abord; elles devinrent même plus tard mauvaises, car la suppuration devint extrêmement abondante; l'enfant, pendant quelques jours, eut un peu de fièvre, il ne mangeait plus.

Des lavages du trajet, des injections iodées et acidulées n'amenant aucun résultat, je me décidai à pratiquer la résection de la tubérosité de l'ischion. L'opération fut pratiquée le 12 décembre 1877. Elle fut extrêmement simple; après avoir agrandi le trajet par une incision parallèle au bord inférieur du muscle grand fessier, j'arrivai promptement sur l'éminence ischiatique. En recherchant alors la résistance de la partie dénudée, avee mon doigt, je trouvai une mobilité de l'éminence ischiatique. Il me suffit alors de détacher faiblement les insertions musculaires avec le détache-tendons, et j'obtins ainsi d'une pièce tout le sommet de l'ischion. Je ruginai faiblement la portion osseuse restante.

Les suites de l'opération furent très-simples et surtout très-rapides. Le 20 décembre, l'enfant était guéri, son trajet fermé; je l'envoyai à la convalescence, et les nouvelles que j'ai recueillies ces jours derniers m'ont prouvé que la guérison était définitive.

Obs. III. — Elle est comme l'observation II, un exemple de l'influence diathésique sur le développement de l'affection. L'apophyse épineuse de la seconde vertèbre dorsale a été le siége du mal.

Godin (Cyprien-Dauphin), âgé de 11 ans, entra le 2 octobre 1877, à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Napoléon, n° 12.

Trajet fistuleux consécutif à un abcès froid, à la suite d'une lésion de l'apophyse épineuse de la 2e vertèbre dorsale.

Cet enfant a eu la rougeole à 2 ans 1/2 ; la coqueluche à l'âge de 4 ans. Après cette dernière maladie il eut des glandes au cou qui n'ont pas suppuré, mais qu'on retrouve encore aujourd'hui assez développées. Il est assez grand, blond, et possède un certain nombre d'attributs de son tempérament lymphatique : tels que tubercule médian de la lèvre supérieure développé, altérations spéciales des dents, etc. Ses parents se portent bien, mais son grand-père paternel est mort phthisique. Il y a 5 mois, il a ressenti une douleur d'abord légère à la partie supérieure du dos. Cette douleur, que rien n'avait provoquée, fut d'abord irrégulière et intermittente. Elle ne tarda pas à être suivie d'un gonflement auquel succéda bientôt une collection purulente qui fut ouverte par un médecin ; il sortit un peu de pus : l'enfant ne fut pas arrêté, il ne souffrait nullement, d'ailleurs. L'ouverture restant fistuleuse, il vint à l'hôpital le 2 octobre 1877. Quand je pris mon service, le 1[er] novembre, je constatai un petit orifice fistuleux placé au niveau de la troisième apophyse épineuse dorsale ; par cette ouverture un stylet s'introduisait dans un trajet ascendant, occupant la ligne médiane. Ce stylet venait s'arrêter sur la saillie terminale de la seconde apophyse épineuse dorsale, et produisait un son dur osseux. Il déterminait en plus une mobilité de la pointe de l'apophyse. L'examen de toutes les parties voisines de ce trajet, appartenant à la colonne vertébrale, ne faisait reconnaître aucune particularité qui rappelât une ostéite dépassant les limites reconnues par le stylet. L'enfant n'éprouvait aucun des phénomènes du mal de Pott et, par la pression en dehors de la ligne médiane, on ne provoquait aucune espèce de douleur. Par contre, la pression sur la seconde apophyse épineuse était douloureuse et produisait une mobilité manifeste de cette apophyse.

Le 9 novembre, je pratiquai une contre-ouverture sur le sommet de l'apophyse, et avec de simples pinces il me fut facile d'extraire la partie mobile d'un demi-centimètre de longueur ; elle ne tenait plus à la base de l'apophyse qui était encore cartilagineuse. Les suites de cette opération furent très-simples ; et la cicatrisation était définitive le 17 novembre.

Influence rhumatismale. — Dans l'observation suivante le grand trochanter ne s'est enflammé qu'après une attaque de rhumatisme extrêmement forte, localisée à la hanche gauche.

Obs. IV. — Dumales (Eugène), 8 ans, entré à l'hôpital Sainte-Eugénie, le 14 juillet 1876.

Son père est charretier, et lui-même, quoique très-jeune, conduit quelquefois le cheval de son père. Il se fatigue ainsi à faire de nombreuses courses.

On ne retrouve pas dans son passé de rhumatisme antérieur ; il n'a eu que la rougeole et la coqueluche vers l'âge de 4 ans.

Le dimanche, 9 juillet, il est pris brusquement de douleurs dans le pied du côté droit. Ces douleurs, apaisées par des compresses d'eau-de-vie camphrée, reparaissent au milieu de la nuit et le lendemain ; puis

elles changent de place et se localisent dans le genou droit. Celui-ci gonfle légèrement.

Le 13 juillet, il éprouve des douleurs intolérables dans la hanche du côté gauche, avec fièvre, vomissements, etc.

On le conduit à l'hôpital, le 15 juillet. Au premier abord, en examinant le membre affecté, je crus, comme l'interne de garde qui l'avait reçu, être en présence d'un ostéo-périostite à forme grave. Mais un examen plus attentif et l'interrogatoire du début ne tardèrent pas à me démontrer l'inexactitude de cette première impression. Le gonflement du membre était à peine marqué à sa racine, et il y avait en plus une contracture musculaire qui rendait tout mouvement de la hanche horriblement douloureux. Enfin, la pression sur la tête du fémur, en avant et en arrière, réveillait aussi les plus vives douleurs.

La fièvre était extrêmement vive, la température très-élevée.

L'idée de rhumatisme que j'émis après cet examen fut confirmée par la suite : la jointure de l'épaule se prit 8 jours après l'entrée de cet enfant, et la hanche devint de moins en moins douloureuse. Enfin, l'attaque rhumatismale cessa, laissant après elle une raideur de la jointure de la hanche qui m'obligea à faire quelques manœuvres douces pour rétablir les divers mouvements de la jointure.

Ce fut sur ces entrefaites qu'il fut pris, dans les premiers jours d'octobre (il ne s'était pas encore levé), d'un gonflement inflammatoire assez violent de la région du grand trochanter. Un abcès se forma et, par l'ouverture pratiquée à la face externe du grand trochanter, on arrivait avec un stylet dans l'épaisseur de cette éminence en détruisant de petites lamelles osseuses friables. Un court trajet fistuleux en résulta, pour lequel aucune opération ne fut pratiquée; le malade, très-anémique, fut envoyé en convalescence le 30 décembre 1876. J'ai reçu avis depuis que cet enfant avait succombé à La Roche-Guyon, le 29 janvier 1877, à une endocardite chronique, ce qui assurait encore la note rhumatismale de son affection.

L'observation V est comme l'observation I, un exemple de l'influence professionnelle ; mais ici l'atteinte a été plus grave. J'en donne un résumé.

Obs. V. — Cuzin (Eugène) entre à Sainte-Eugénie le 14 février 1876, et sort le 11 mars 1876 ; il est couché salle Saint-Napoléon, nº 12. Il est âgé de 11 ans et fait les courses dans un magasin. Il est assez fort, n'a jamais eu de glandes au cou, ni fait de maladies graves. Il se fatigue beaucoup dans son magasin ; à la suite de courses longues pendant plusieurs jours, il ressentit une douleur assez vive au talon gauche ; malgré une légère claudication, il n'en continua pas moins à travailler ; 15 jours plus tard, il se forma, sans fièvre et sans douleurs plus vives, une tuméfaction en arrière du pied. L'abcès s'ouvrit spontanément. Il y a maintenant un mois que la suppuration existe. Le 15 février, on trouve une fistule placée en arrière du talon en face de l'insertion du tendon d'Achille ; un stylet pénètre dans un trajet qui le conduit dans l'os directement ; il s'enfonce à 1 ou 2 millimètres en-

viron dans la tubérosité postérieure du calcanéum, et il brise quelques lamelles osseuses. Du sang s'écoule immédiatement. La partie voisine du calcanéum, postérieure et inférieure, est très-légèrement gonflée dans une étendue qui ne dépasse pas 1 centimètre. Elle est douloureuse à la pression. Le 20 février, après avoir débridé le trajet, je suis arrivé sur l'apophyse postérieure du calcanéum près de la face inférieure de l'os; j'ai agrandi l'orifice qui s'engage dans l'os et j'ai enlevé avec la rugine une série de lamelles osseuses; je me suis arrêté à la ligne cartilagineuse épiphysaire dont nous avons reconnu l'intégrité par sa couleur et sa résistance élastique.

A partir de l'opération, l'enfant a marché rapidement vers la guérison. Le 1er mars, j'ai retiré une petite lamelle osseuse engagée et, le 11, il quitte l'hôpital guéri.

Obs. VI. — Ostéite suppuré de la tubérosité antérieure du tibia gauche; trajet fistuleux intra-osseux persistant. Extension du mal à l'épiphyse et à la cavité articulaire. Mort.

En mai 1877, entra dans mon service, salle Saint-Napoléon, n° 8, un enfant mâle, âgé de 14 ans, qui portait sur la face antérieure de la jambe gauche, à son tiers supérieur, une collection purulente manifeste. La peau qui la recouvrait était rouge et amincie. Le gonflement dépassait un peu en haut l'attache du ligament rotulien; il descendait 3 ou 4 centimètres *au-dessous*, latéralement il s'étalait de chaque côté de la tubérosité antérieure de l'os. Cet enfant racontait qu'il était tombé 10 jours avant sur le genou, et qu'il avait senti immédiatement après sa chute une assez vive douleur. Néanmoins il avait toujours continué à marcher depuis. Le gonflement remontait à 4 jours. A son entrée, l'examen du corps du tibia, au-dessous de ce gonflement, et celui de l'épiphyse ne révèlent à la pression aucune espèce de douleur. L'articulation est saine et tous les mouvements sont faciles, sauf celui de flexion au delà de l'angle droit, qui devient très-douloureux. L'abcès est ouvert, il s'écoule un pus verdâtre mélangé à quelques grumeaux, le lendemain, l'examen de la poche avec un stylet fait reconnaître un trajet intra-osseux, pénétrant dans la tubérosité antérieure du tibia. A partir de ce jour, il s'établit une fistule qui n'a pas cessé de suppurer malgré des injections acidulées faites quotidiennement dans ce trajet; je me disposais à envoyer cet enfant sur les bords de la mer, lorsque tout d'un coup éclatèrent des accidents formidables du côté du genou. Une inflammation extrêmement vive se déclara, suivie de phénomènes généraux alarmants, vomissements, température à 40 degrés. Une ponction pratiquée dans le genou m'ayant démontré l'existence d'un épanchement purulent que je soupçonnais, je traitai cet abcès articulaire par de larges incisions et le drainage, procédé qui m'a donné plusieurs succès à Sainte-Eugénie. Je ne comprenais pas à ce moment que dans mon cas particulier la communication intra-articulaire avait pour origine l'inflammation apophysaire. L'enfant succomba le 15 juillet aux suites d'une suppuration prolongé.

A l'autopsie du genou, nous trouvâmes la surface articulaire du tibia ulcérée en plusieurs points, mais ce qui nous surprit bien davan-

tage, ce fut la communication avec l'article du trajet extérieur ouvert dans la tubérosité antérieure ; ce trajet se dirigeait vers l'épiphyse en plein tissu osseux et aboutissait à une ulcération du cartilage articulaire grande comme une pièce de 50 centimes.

Autour de ce trajet, le tissu osseux était plus mou, les lamelles étaient friables et il y avait quelques fongosités qui se continuaient dans le trajet.

Il me suffit d'ajouter quelques mots sur le développement de la tubérosité antérieure pour rendre clair et précis le mécanisme qui a présidé à l'extension des désordres. Lorsque l'apophyse antérieure du tibia n'est encore que cartilagineuse, le cartilage qui la constitue se continue par sa partie supérieure avec le cartilage de conjugaison. Plus tard, vers l'âge de 13 ans, apparaît le noyau osseux de cette apophyse ; or, 6 à 8 mois après son apparition, ce noyau se développe vers le haut de l'apophyse et il vient tendre la main au noyau osseux intra-épiphysaire ; il s'établit donc promptement un communication entre ces deux parties. Quant à la soudure au corps de l'os, elle est beaucoup plus tardive.

Le récit des faits précédents me dispense de donner de plus longs commentaires sur la question, et de retracer le tableau des diverses formes d'ostéites auxquelles se rattachent ces faits. Je puis donc me borner à formuler les conclusions suivantes qui les résument :

1° Du jour où le premier point d'ossification les a envahies, les apophyses osseuses sont exposées aux mêmes inflammations que le reste de l'os ;

2° Les ostéites apophysaires subissent les influences générales qui frappent les autres parties du squelette ; mais elles ont en plus leur pathogénie propre ;

3° Au rhumatisme, à la scrofule ou à la tuberculose héréditaire, il convient d'ajouter les influences émanant de l'exercice d'une profession nouvelle, ou de la fatigue, qui mettent en jeu d'une açon inaccoutumée l'action des muscles dont l'insertion se fait sur une apophyse ;

4° Sous une forme légère, subaiguë, l'ostéite apophysaire n'a pour résultats qu'une augmentation de volume, une hypérostose désormais définitive, de l'apophyse atteinte. Quelques faits ayant avec le précédent beaucoup d'analogie, dont je donnerai la relation un peu plus tard, m'autorisent à penser que certaines exostoses dite de croissance ont souvent la même origine que les hypérostoses précédentes ;

5° L'ostéite suppurative est la forme la plus commune des ostéites apophysaires ; ses conséquences sont celles des suppurations osseuses en général, mais elles sont moins dangereuses que les sup-

purations épiphysaires proprement dites ; l'inflammation qui gagne l'épiphyse après avoir débuté par l'apophyse a la même gravité que l'ostéite épiphysaire primitive.

M. MAURICE PERRIN. J'ai eu l'occasion de rencontrer, chez des adultes, des cas analogues à ceux que M. Lannelongue a observés chez les adolescents ; ce sont des ostéites condensantes dont j'ai cru pouvoir rapporter la cause soit à la goutte soit au rhumatisme.

Le premier fait a trait à un jeune homme de 20 ans, bien nettement rhumatisant, car il a eu une arthrite rhumati-male, puis une double sciatique ; après ces deux attaques, il fut pris de tuméfaction des deux calcanéum, principalement au niveau des deux grosses tubérosités, sur lesquelles l'ostéite formait une nouvelle tubérosité superposée. Ces ostéites se sont développées avec de grandes douleurs, ayant l'aspect de violentes crises. Le traitement général n'a rien donné.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un chef de bataillon, qui n'a jamais eu de douleurs rhumatismales ou goutteuses, mais dont l'aïeule a été goutteuse. A son retour d'Algérie, il fut pris de douleurs spontanées, d'une telle intensité que la marche était impossible.

Chez cet officier, ce n'est plus une saillie surmontant la tubérosité du calcanéum, mais un gonflement de tout le calcanéum, c'est une hypérostose condensante.

On crut que la syphilis pouvait bien expliquer cette lésion, mais le traitement antisyphilique n'a rien fait gagner. Aussi serait-on plus disposé à admettre l'influence de la goutte, dont on trouve des manifestations de cette nature dans les ouvrages de Garrod et de Cruveilhier ; mais dans les observations citées par ces auteurs, l'influence goutteuse est évidente.

Chez un troisième malade, j'ai vu une hypérostose de l'épine du tibia, s'accompagnant, non de très-vives douleurs, mais de gêne assez notable. Dans ce cas, il était difficile de trouver une cause quelconque.

M. GILLETTE lit une observation intitulée :

Phlegmon suppuré du ligament large gauche, étendu au petit bassin et à toute la région pré-vésicale. — Ponction avec la seringue aspiratrice. — Large ouverture sus-pubienne et lavages chloralés dans la poche purulente. — Drainage abdomino-vaginal. — Guérison.

Marie Guérin, âgée de 25 ans, femme de race noire et domestique chez l'un de nos confrères, est forte et bien constituée ; elle a habité Lima jusqu'à l'âge de 14 ans, et n'est venue à Paris qu'en avril 1867. Réglée à 12 ans, elle a beaucoup souffert, dit-elle, au moment où s'est établie pour la première fois la menstruation.

Elle accoucha dans le courant de novembre 1876, à la Maternité, d'un enfant venu à terme, encore actuellement vivant, mais qu'elle ne put nourrir par absence de lait ; au bout des 9 jours réglementaires, on l'envoya au Vésinet : elle était loin cependant d'être entièrement rétablie, car elle souffrait continuellement de douleurs lombaires et de coliques du côté du bas-ventre ; elle ne resta que 8 jours à l'asile de convalescence d'où elle sortit beaucoup plus souffrante qu'au moment de son entrée et essaya de se soigner chez elle ; n'obtenant aucune amélioration, elle est admise à Necker où elle séjourne environ six mois et qu'elle quitte à peu près dans le même état, c'est-à-dire présentant toujours du côté des lombes et de l'hypogastre, des douleurs qui augmentent surtout par la marche, et se plaignant d'une inappétence absolue.

Ses règles n'étaient pas revenus. Elle garde le repos environ un mois dans sa chambre et se sentant un peu mieux elle se remet à travailler pendant un mois et demi, mais elle ne tarde pas à retomber malade, et entre à Beaujon le 10 août 1877 dans le service de M. Moutard-Martin, suppléé alors par M. Gouguenheim qui n'eut pas de peine à diagnostiquer un phlegmon latéro-utérin gauche développé très-probablement dans le ligament large.

Le palper abdominal d'une part, et d'autre part le toucher vaginal révélaient du côté gauche une tuméfaction mal limitée avec induration, très-douloureuse à la pression et formant avec l'utérus une masse unique, qu'il était, jusqu'à un certain point, possible de déplacer en totalité, mais non sans provoquer chez la malade une souffrance très-vive. Depuis quelque temps des douleurs spontanées, lancinantes, étaient ressenties, et de légers frissons avec élévation du pouls et de la température, principalement le soir, faisaient légitimement supposer que la suppuration était proche si, toutefois, elle ne s'était pas déjà produite. Sensibilité très-prononcée du côté du bas-ventre.

Au bout de quelques jours, en effet, l'examen des urines permit de constater qu'elles contenaient une grande quantité de pus : il n'était donc pas douteux que le foyer s'était ouvert spontanément dans la cavité vésicale ; une rémission eut lieu du côté des symptômes généraux qui durant les derniers jours avaient pris une grande intensité, mais elle ne fut que de courte durée, car la malade, au lieu de se rétablir, continua à avoir de la fièvre et à accuser des douleurs lancinantes dans toute la moitié inférieure médiane et gauche de l'abdomen.

Le 25 septembre, appelé par le Dr Gouguenheim pour examiner cette femme, je constatai une augmentation du ventre assez notable, surtout dans sa moitié inférieure, et à la palpation je trouvai une tumeur qui occupait l'excavation pelvienne, se prolongeait en avant de la vessie et était située à ce niveau directement en arrière des muscles grands droits de l'abdomen. En déprimant la paroi abdominale, il était facile de reconnaître que cette masse indurée, très-douloureuse à la pression et rénitente, surtout dans la région sus-pubienne, remontait environ jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

La percussion donne de la sonorité au niveau de la fosse iliaque

droite qui est seulement occupée par les intestins ; à gauche, la sonorité existe aussi en haut, mais à mesure qu'on se rapproche de la partie inférieure de la fosse iliaque et de la région sus-pubienne la matité devient de plus en plus prononcée et s'étend à toute la surface de l'empâtement que nous a révélé le palper.

Par le toucher vaginal qui décèle une augmentation de chaleur de ce conduit et une diminution de sa longueur, on sent que l'utérus est immobile et refoulé en bas : le cul-de-sac antérieur effacé presque complétement laisse à sa place une tumeur assez grosse, rénitente, se continuant avec celle qui se trouve en avant de la vessie et où le palper sus-pubien et le toucher vaginal combinés nous semblent relever nettement la fluctuation.

En résumé, ce phlegmon suppuré, limité d'abord à la partie latérale gauche de l'utérus, s'était étendu au petit bassin et contournant la vessie dans laquelle il n'avait pu se rider en entier; il était venu occuper tout l'espace de Redzius, affectant une disposition globuleuse ou plutôt irrégulièrement piriforme à base inférieure ; les symptômes généraux étaient des plus graves : le pus continuait à être rendu par les urines en grande quantité.

Je fis passer la malade dans mon service et, au bout de deux jours, constatant de l'œdème et une fluctuation nette au-dessus de la symphyse pubienne, je fis à trois travers de doigt de cette symphyse une *ponction* avec le trocart aspirateur. J'obtins un pus crémeux qui ne s'écoula que très-difficilement, aussi, le 2 octobre, pratiquai-je dans la paroi abdominale, un peu à droite et à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, une *incision* de 4 centimètres par où s'écoula au moins un litre de pus crémeux, bien lié, sans fétidité, mêlé à quelques caillots sanguins : J'introduisis par cette ouverture une grosse sonde en caoutchouc rouge qui pénétra en arrière des muscles droits dans la poche, put être poussée sans difficulté jusque dans le petit bassin et permit de commencer à faire dans cette vaste collection purulente des injections chloralées.

La malade fut un peu soulagée, mais seulement au point de vue local : le palper était moins douloureux, mais l'état fébrile persista, et la température, du 2 au 5 octobre, oscilla entre 39°,5 et 40°. Tous les jours on donne 30 centigrammes de sulfate de quinine.

5 *octobre*. — La nuit a été mauvaise, frissons le matin, pas de vomissement, la température s'élève à 41°. Reconnaissant que le pus s'écoule mal par la sonde introduite dans la cavité pré-vésicale, je retire cette sonde et aussitôt je donne issue par l'ouverture, à l'aide de pressions exercées sur l'hypogastre et le petit bassin, à une énorme quantité de pus évidemment retenu dans le foyer et mélangé à un peu de sang.

Jugeant cette incision insuffisante, trouvant de plus le cul-de-sac antérieur du vagin encore très-tendu, je résolus de faire une contre-ouverture au niveau de ce cul-de-sac, de pratiquer, en un mot, le *drainage abdomino-vaginal*, 8 octobre.

Pour arriver à ce résultat, j'introduisis par l'ouverture hypogastri-

que le gros trocart courbe de Chassaignac, que je dirigeai profondément et un peu à gauche, puis sentant, d'autre part, son extrémité sur le cul-de-sac, à l'aide de mon index droit placé au fond du conduit vaginal, je n'eus, après avoir retourné l'instrument, qu'à en pousser avec précaution le manche pour faire ressortir la pointe dans le vagin : le trocart retiré, et la canule restant en place, je fis cheminer aisément un drain dans son intérieur. Une fois la canule enlevée, l'anse du tube plongeait au milieu de la cavité purulente et ses deux bouts sortaient l'un par l'ouverture abdominale, l'autre par la vulve : le pus s'écoula alors librement, on continua matin et soir les injections chloralées et, à partir de ce moment, une amélioration très-sensible se produisit surtout dans les phénomènes généraux : l'abdomen devint moins ballonné, mais les douleurs du bas-ventre durèrent encore pendant longtemps, la présence du pus se retrouvant toujours dans les urines.

25 *octobre*. — La malade ne se remet que bien lentement ; il s'est produit au-dessus et en dehors de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche un petit abcès qui s'ouvre et reste fistuleux, une dizaine de jours environ, mais qui ne communique pas avec le foyer principal, comme on peut s'en assurer avec le stylet et en poussant une injection dans sa cavité. A l'examen de la région hypogastrique on trouve toujours de l'empâtement, mais la suppuration est très-modérée et la tumeur diminue et se rétracte d'une façon manifeste.

10 *novembre*. — Toute suppuration ayant cessé, le drain est enlevé, mais la malade se plaint toujours de coliques qui paraissent être utérines, car, le 15, les menstrues réapparaissent, le sang est abondant et très-coloré. Elle se lève tous les jours, et l'état général est très-satisfaisant. Les urines sont redevenues presque normales et ne contiennent plus de dépôt purulent; il existe encore un peu d'empâtement dans la région sus-pubienne, mais au toucher, on constate que le cul-de-sac antérieur est entièrement libre.

10 *décembre*. — La malade a de nouveau ses règles et cette fois sans aucune douleur : elle part pour le Vésinet le 19. L'utérus est peu mobile, mais on ne retrouve plus trace de tumeur ni à la région hypogastrique, ni dans la cavité pelvienne. Les urines sont complétement normales.

Cette observation nous démontre :

1° D'une part, l'insuffisance de l'ouverture spontanée vésicale à amener la guérison, à cause de ses dimensions trop étroites et non proportionnées à la quantité considérable de pus fournie par l'abcès pelvien, d'autre part, l'extension du phlegmon à tout le petit bassin et surtout à la région anté-vésicale, ce qui n'est pas la marche la plus habituelle de ces sortes de foyers ;

2° L'insuffisance d'une seule ouverture, même large, pratiquée dans la poche au niveau de la région hypogastrique, à cause de la déclivité de cette vaste poche purulente ;

3° Le danger qu'il y aurait eu à attendre plus longtemps l'ou-

verture spontanée du foyer, soit au niveau de la paroi abdominale, soit au niveau du cul-de-sac vaginal ;

4° L'efficacité réelle, au moins dans l'exemple que je viens de rapporter, du *drainage abdomino-vaginal.*

M. Boinet. Je donne des soins à une jeune fille qui a eu, dit-on, un kyste de l'ovaire, qui se serait ouvert spontanément dans l'intestin. La guérison ne s'est pas effectuée, et la malade rend par le rectum un pus infect ; lorsqu'elle est constipée, cet écoulement s'arrête et il semble que le pus s'accumule au-dessus du bouchon de matières fécales.

De temps en temps, l'écoulement cesse, la tumeur, que l'on sent dans la fosse iliaque, grossit, devient douloureuse, et on voit survenir des accidents généraux ; grâce à de grands lavements, on obtient l'écoulement du pus et tout rendre dans l'ordre.

Je n'ai jamais pu trouver, dans le rectum, l'ouverture par laquelle s'écoule le pus, il est probable qu'elle se trouve dans un point très-élevé.

Je me demande, en me basant sur le fait dont vient de nous parler M. Gillette, s'il ne serait pas possible de profiter d'une époque où le pus ne s'écoulant pas, la tumeur serait le siége de gonflement, pour ouvrir le foyer et tenter de faire une contre-ouverture dans le vagin.

M. Sée. Je pense que cette intervention serait tout à fait indiquée lorsque la tumeur paraît grossir par suite de la rétention du pus.

M. Boinet. Il y aurait cependant une grande difficulté, c'est que jamais la tumeur ne m'a présenté de point fluctuant et il serait nécessaire de faire une ponction au hasard.

M. Gillette. L'ouverture spontanée des abcès dans des cavités naturelles ne se termine pas toujours par la guérison ; car on voit, souvent, persister des fistules.

Présentation de malade.

M. Sée présente un malade porteur d'une tumeur de la région parotidienne. Il y a 5 mois que cette tumeur a commencé à se développer et l'accroissement a été rapide. Ce malade a eu la syphilis, il y a 2 ans, et, en l'absence de caractères mauvais, M. Sée l'a soumis à l'usage de l'iodure de potassium. Le traitement

a fait diminuer le volume de la tumeur, mais le diagnostic du siége n'en reste pas moins très-douteux.

La séance est levée à 5 heures et 1/2.

Le secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 6 mars 1878.

Présidence de M. F. GUYON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine, le *Bulletin général de thérapeutique*, les *Archives générales de médecine ;*

2° La *Gazette médicale de Strasbourg*, le *Montpellier médical*, l'*Union médicale et scientifique du Nord-Est*, le *Lyon médical*, le *Marseille medical*, l'*Année médicale*, journal de la Société de médecine de Caen et du Calvados, la *Gazette médicale de Bordeaux*, le *Bordeaux médical*, le *Sud médical ;*

3° Le *Journal de médecine et de chirurgie de Boston*, *the British médical*, *the Practitioner*, *Centralblatt für Chirurgie*, la *Gazette médicale Italienne-Lombarde*.

4° Une lettre de M. le Dr Zuede, de Granvilliers (Oise), avec une *note sur deux cas de polype de la matrice* (rapporteur M. Guéniot).

A l'occasion du procès-verbal, M. DESPRÈS demande la parole.

J'ai examiné le malade que M. Sée a présenté dans la dernière séance ; c'est un cas très-intéressant, mais je ne crois pas qu'on doive y voir un accident syphilitique.

Il a déjà été présenté à la Société une observation d'inflammation chronique d'une des glandes salivaires, dont on a cru pouvoir rapporter la cause à la syphilis. J'ai fait à cette occasion des objections que je crois nécessaire de reproduire ici.

Le malade souffrait de douleurs vagues, que l'on combat par un traitement mercuriel, des frictions en particulier, qui amène à plusieurs reprises de la salivation et, ensuite, survient un gonflement de la parotide.

Il y a, dans ce cas, des antécédents certains qui donnent une

explication rationnelle de la tumeur que l'on nous a fait examiner, parotidite chronique, suite de salivations répétées.

Les syphilitiques ne sont pas rares, et, depuis le temps qu'on les observe, on n'aurait pu trouver que deux cas d'engorgement syphilitique des glandes, je puis difficilement l'admettre et je serais plus disposé à admettre que la syphilis ne joue aucun rôle.

M. le président annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Dupierris, membre correspondant à la Havane.

M. le président communique à la Société une lettre de M. Dumontpallier, secrétaire général de la Société de biologie, annonçant la souscription pour élever une statue à M. Claude Bernard.

Sur la proposition de plusieurs membres, la Société décide qu'elle se réunira en comité secret, à la fin de la séance, pour examiner ce qui doit être fait.

Communications.

M. Gaujot lit une observation intitulée :

Calcul de cystine. — Taille. — Guérison.

Le calcul que j'ai l'honneur de présenter à la Société a été extrait par la taille périnéale pratiquée heureusement sur un homme de 25 ans.

Les calculs de cystine sont rares. Ils occupent le dernier rang dans l'ordre de fréquence établi par S. Bigelow, entre les diverses concrétions urinaires.

D'après Beale, leur proportion serait de 5 0/0. Mais cette proportion est évidemment exagérée, selon la remarque de A. Ollivier et G. Bergeron (art. Calculs du *Nouveau Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*).

En effet, sur 129 calculs, Taylor n'en a vu que 2 contenant de la cystine.

La cystine se rencontre à l'état de gravier plus souvent qu'à l'état de calcul. Elle est alors mélangée de phosphates, d'urates, d'acide urique ou de carbonate de magnésie. Cependant elle constitue quelquefois à elle seule le sable de certaines gravelles, ainsi qu'il nous a été donné d'en voir un exemple sur un soldat de la garde républicaine, âgé de 34 ans.

Les gros calculs de cystine pure sont fort rares. Ils s'observent plus particulièrement chez les adolescents et jusqu'à l'âge de 25 à 30 ans. Civiale, dans son traité de l'affection calculeuse, 1838, déclare en avoir vu 4, dont 2 ayant le volume d'un petit œuf de

poule. 3 de ces calculs furent broyés au moyen de la lithotritie; le quatrième retiré par la taille. Un segment de ce dernier est au musée Dupuytren.

Dans son étude sur la gravelle, 1857, Raoul Leroy d'Étiole rappelle le fait de Lenoir qui, en opérant de la taille deux enfants, deux frères, trouva dans les deux cas un calcul de cystine. Il dit que Leroy d'Étiole père, pendant sa longue pratique, a rencontré seulement 4 calculs de ce genre, dont 3 chez des femmes, qui en furent débarrassées par la lithotritie : enfin, lui-même en rapporte un nouvel exemple observé chez une jeune fille de 8 ans, et dans lequel le calcul avait au moins 4 centimètres de diamètre. H. Thompson (*Traité pratique des maladies des voies urinaires*, trad 1874) n'en a opéré qu'un seul dans le cours de sa carrière.

Le calcul que nous avons extrait est de forme régulièrement ovoïde, de couleur jaune un peu foncé, rappelant celle du café au lait Sa surface rugueuse indique sa constitution par agglomération de grains cristallins.

Ses dimensions sont :

Grand diamètre	0,044,	avec les tenettes en plus	0,05
Petit diamètre	0,032	—	0,036
Épaisseur	0,026	—	0,03
Diamètre oblique par lequel il a été saisi avec les tenettes			0,042

Son poids est de 28 grammes. Il se laisse facilement scier. A la coupe, sa structure paraît homogène, sans noyau, ni couches de composition différente. Sa substance est grasse au toucher, cireuse, susceptible d'un beau poli, assez friable.

L'analyse exécutée par M. le Dr Poigné, aide-major stagiaire à l'école du Val-de-Grâce, a donné les résultats suivants :

Chauffé sur une lame de platine, ce calcul brûle avec une flamme rougeâtre, en répandant une odeur particulière. Par calcination, il donne très-peu de cendres. Ces cendres sont neutres aux papiers à réactifs. La réaction avec l'acide azotique et l'ammoniaque ne décèle aucune trace d'acide urique. La substance du calcul se dissout presque complétement dans l'ammoniaque. Sa solution ammoniacale évaporée laisse des tablettes hexagonales de cystine bien caractérisées à l'examen au microscope. Le calcul pulvérisé se réduit en aiguilles cristallines rayonnées, parfaitement distinctes à un faible grossissement.

L'analyse quantitative montre que le calcul est composé de cystine presque pure. Celle-ci est associée à quelques autres substances dans les proportions suivantes :

Matières inorganiques (avec l'eau)......	12,083
Matières organiques...............................	87,917
	100,000

Matières inorganiques	eau.............	2,43
	phosphate de chaux chlorures (traces).. sulfates...........	9,653
Matières organiques	cystine..........	87,54
	mucus............ matières grasses...	0,377

L'homme qui souffrait de ce calcul est un artilleur, originaire du département du Nord, préposé des douanes avant l'incorporation, d'une constitution assez bonne, n'ayant jamais été malade avant l'âge de 23 ans. En juin 1875, blennorrhagie accompagnée d'arthrite du genou gauche, pour laquelle cet homme resta plus d'une année à l'hôpital ou en convalescence. En octobre 1876, premiers symptômes de cystite; celle-ci devint bientôt purulente.

Lors de l'entrée du malade dans notre service de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce, le 30 mai 1877, la cystite s'accusait par de fréquentes envies d'uriner, de douleurs vives à l'hypogastre et au périnée, des urines fort altérées. L'urine, en effet, était sanguinolente depuis plusieurs mois ; elle contenait un dépôt abondant de pus, des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, et elle exhalait une odeur ammoniacale prononcée. La vessie, très-irritée, ne tolérait qu'une petite quantité de liquide.

Un premier cathétérisme explorateur fit reconnaître aussitôt la présence du calcul. Mais il donna lieu à un écoulement de sang assez abondant, et fut suivi d'un violent accès de fièvre avec frissons pendant cinq heures. Le cathétérisme répété douze jours après, eut les mêmes conséquences. Il en fut de même d'un troisième cathétérisme exécuté avec un lithotriteur. Ce dernier fournit quelques notions sur le volume du calcul sans permettre d'en apprécier les autres caractères. Du reste, les données relatives à la consistance et à la composition de la concrétion urinaire importaient peu dans ce cas, la lithotritie paraissant absolument contre-indiquée par l'état de la vessie et les accidents observés après chaque cathétérisme.

6 *juillet*. — La taille prérectale est pratiquée d'après le manuel opératoire ordinaire et, conformément à la manière de faire adoptée par notre collègue Sarazin. C'est, d'ailleurs, la quatrième taille prérectale que nous exécutons avec succès par ce procédé. L'opération ne donna lieu à aucun incident. Le lithotôme fut ouvert

entre 0,040 et 0,045. Le calcul, saisi avec des tenettes courbes ordinaires, par son diamètre oblique, fut extrait aisément sans se laisser entamer. Pas d'hémorrhagie.

Quatre heures après l'opération, hémorrhagie abondante ayant sa source dans la profondeur de la plaie, au niveau du col vésical. Elle est arrêtée par l'application de la canule à chemise, sans tamponnement. Peut-être cet accident eût-il été évité, si nous avions eu recours à l'emploi préventif de la canule, que nous avions cru pouvoir négliger dans ce cas, en l'absence de l'hémorrhagie primitive. Il semble donner raison à la pratique de Sarazin qui place la canule après toute opération, alors même que l'écoulement de sang est bien arrêté.

Les suites de l'opération furent des plus simples.

Le quatrième jour, la canule fut retirée.

Le huitième jour, le col de la vessie commença à retenir l'urine.

Le douzième jour, l'urine s'engagea en partie dans l'urèthre.

Le dix-septième jour, la plaie cessa de laisser passer l'urine. Elle se cicatrisa tout à fait dans les jours suivants.

Sortie, le 14 août, c'est-à-dire cinq semaines après l'opération. Guérison complète ; miction régulière ; urine normale.

Communication orale sur la désarticulation coxo-fémorale.

M. Farabeuf. Dans son mémoire lu sur ce sujet, à l'Académie de médecine, M. Verneuil avait exposé un nouveau procédé opératoire et examiné le pansement qui lui semblait remplir les meilleures indications.

L'Académie ne s'est occupée que du pansement et a laissé de côté toute la question de médecine opératoire ; je crois cependant que l'exécution matérielle de l'opération joue un rôle considérable et je vous demande la permission de vous exposer le résultat de mes recherches.

Comme je viens de vous le dire, le procédé opératoire a une grande importance, car les trois quarts des opérés meurent, dans un court délai, soit de l'opération elle-même, soit des accidents qui ont précédé immédiatement l'opération et l'accident principal est certainement l'hémorrhagie produite par le traumatisme.

Il est donc indispensable de choisir un procédé qui remplisse plusieurs conditions :

1° *Être facile,* et par conséquent permettre au chirurgien de ne pas hésiter d'opérer immédiatement et d'arrêter ainsi l'hémorrhagie préopératoire qui, dans les cas traumatiques, doit avoir, si

on la laisse durer, une influence nocive bien supérieure à l'hémorrhagie opératoire elle-même;

2° *Être rapide*, afin d'abréger la durée de l'hémorrhagie opératoire, ne fût-ce que par les capillaires;

3° *Être hémostatique*, afin de réduire au minimum l'écoulement de sang inévitable dans toute désarticulation.

On est donc en droit de dire que par le choix du procédé, le chirurgien peut beaucoup pour atténuer la perte de sang.

Sans insister sur les règles applicables à toute opération, je rappellerai qu'en thèse générale, une plaie petite vaut mieux qu'une grande plaie, car elle saigne moins, suppure moins et absorbe moins.

De plus, je crois qu'il est préférable de tailler les chairs comme si on voulait obtenir la réunion immédiate, dût-on ne pas la tenter, car la réunion définitive se fera plus facilement et le moignon sera plus régulier.

Avant d'entrer dans l'exposé de tous les procédés qui ont été proposés pour faire la désarticulation coxo-fémorale, je vous demande la permission de vous rappeler en quelques mots la disposition des artères qui entourent l'articulation de la hanche.

Pour arriver sur l'articulation, sans faire de ligatures, il n'y a qu'un seul côté, c'est la région externe du grand trochanter; malheureusement la tête du fémur est supportée par un long col qui l'enfonce profondément dans les muscles, disposition qui rend difficile la désarticulation.

A la région antérieure se trouve la fémorale qui donne : la petite artère musculaire au couturier, les deux honteuses externes dont l'inférieure fait partie de la cuisse, puis l'artère fémorale profonde avec les circonflexes; le triangle de Scarpa est donc irrigué par la fémorale primitive et, si on la liait au-dessus de la petite musculaire, on pourrait ischémier le lambeau antérieur.

A la région interne, se trouve l'obturatrice qui se distribue dans les dix premiers centimètres de la cuisse, elle sera donc peu à redouter si l'incision porte un peu au delà.

A la région externe, au-dessus du trochanter, la fessière donne deux rameaux qui s'anastomosent avec la petite musculaire et les circonflexes.

En arrière de l'articulation, se trouvent des branches nombreuses et importantes de l'ischiatique.

J'arrive maintenant à la revue des principaux procédés qui ont été proposés; j'en ai trouvé 45, sans grandes recherches et, dans ce nombre je ne compte pas le procédé de M. Verneuil ni celui de M. Guyon.

Le premier procédé a été décrit, en 1739, par deux élèves de *Morand : Puthod* et *Wohler.*

Ils commençaient par lier les vaisseaux ; puis, n'osant pas garder un lambeau antérieur par crainte de la gangrène, ils taillaient, après avoir placé le malade sur le ventre, un *lambeau postérieur*, descendant à 5 doigts de la racine du membre, et ils désarticulaient en arrière.

Bryce, de Glascow, en 1827, employa le *lambeau postérieur* avec succès. Il fit une incision parallèle au ligament de Fallope, lia les vaisseaux, désarticula en avant et tailla un lambeau postérieur ou plutôt postéro-interne. (V. *fig.* 1.)

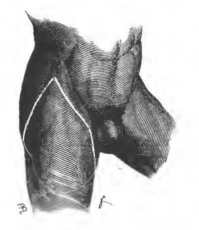


Fig. 1. — Procédé de *Bryce*, lambeau postérieur (cette figure et les suivantes sont empruntées au *Précis de méd. op.* de M. Farabeuf).

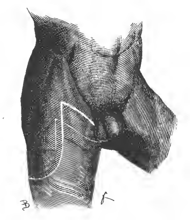


Fig. 2. — Procédé dit elliptique, d'après *Soupart*, en réalité, lambeau externe.

Gunther dit que *Langenbeck* fut obligé, une fois, de se contenter d'un lambeau postérieur.

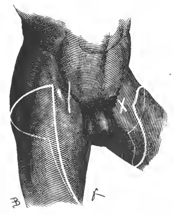
Le *lambeau externe* n'a jamais été pratiqué qu'accidentellement. *Jäger*, après une amputation de cuisse, reconnut que le fémur était fissuré : il fit une incision antérieure et désarticula en conservant un lambeau externe.

Soupart a cependant figuré un procédé à lambeau externe qu'il appelait procédé elliptique. (V. *fig.* 2.) Je crois inutile de faire remarquer combien ce procédé est mauvais, au point de vue de l'enveloppement de l'ischion.

Le *lambeau interne* a été décrit en 1759, dans le *Journal de Vandermonde*, 2ᵉ partie, par *Moublet*, dans une longue et importante étude théorique de la désarticulation de la cuisse. Il conseille : 1° de lier les vaisseaux, nerfs et muscles voisins au moyen d'une

grande aiguille, après avoir fait une incision cruciale; 2° de tailler un assez court lambeau interne de bas en haut et de couper, en dehors, assez haut pour qu'on ne puisse pas voir là un lambeau externe (V. *fig.* 3, cuisse gauche).

Delpech, en 1828, commença par lier l'artère, puis il tailla par transfixion un lambeau *interne* très-long et pointu, désarticula, puis réarticula pour couper en arrière (V. *fig.* 3, cuisse droite). Il donne le conseil de garder à la fesse moins de peau que de muscles. Malgré la ligature préalable, il fut obligé de faire une seconde ligature, à cause d'une hémorrhagie par anastomose.



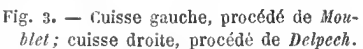


Fig. 3. — Cuisse gauche, procédé de *Moublet*; cuisse droite, procédé de *Delpech*.

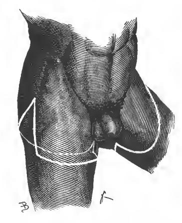


Fig. 4. — Cuisse droite, procédé de *Plantade*; cuisse gauche, procédé d'*Ashmead*.

Plusieurs chirurgiens ont employé ce procédé, mais le lambeau interne s'est quelquefois gangrené.

Blasius, en 1838, conseilla de faire la ligature préalable, puis de tailler un lambeau interne pointu qui, après flexion, serait reçu dans un sinus de même ouverture à cheval sur le grand trochanter.

Le *lambeau antérieur* a été proposé en 1805 par *Plantade;* il taillait un lambeau antérieur carré à la Ravaton, comme La Faye le faisait pour l'épaule, il relevait son lambeau, désarticulait et sortait derrière en gardant un petit lambeau. (V. *fig.* 4, cuisse droite).

Ashmead, au commencement du siècle, dessinait et relevait un lambeau antérieur cutané arrondi (v. *fig.* 4, cuisse gauche), liait les vaisseaux, coupait les muscles, désarticulait et coupait ensuite les muscles de la région postérieure.

En 1836, *Baudens* exécuta sur le vivant un procédé inventé en 1826. Il fit comprimer l'artère, puis il tailla par transfixion un lambeau de 22 centimètres, en faisant sortir son couteau notablement

en avant de l'ischion. Le lambeau relevé, il désarticula et coupa les muscles de la région postérieure en sortant. (V. *fig.* 5, cuisse gauche.)

Manec (v. *fig.* 5, cuisse droite) et *Lenoir* désarticulaient après avoir coupé les chairs postérieures.

J. Roux, cité par Malgaigne, disséquait le contour d'un lambeau antérieur cutané, coupait les muscles de la région antérieure par

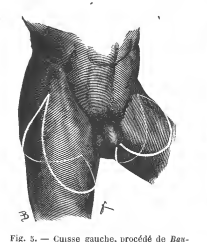


Fig. 5. — Cuisse gauche, procédé de *Baudens*, cuisse droite, procédé de *Manec*.

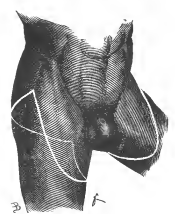


Fig. 6. — Procédé de *Lalouette*.

transfixion, liait alors les vaisseaux. Il coupait et disséquait la peau en arrière, puis il désarticulait et tranchait les muscles de la région postérieure en sortant.

Lalouette, en 1748, conseillait de faire un lambeau *antéro-interne.* Après avoir comprimé l'artère, il coupait du sommet du trochanter à l'ischion, il désarticulait et en sortant il taillait un lambeau antéro-interne (V. *fig.* 6).

Dupuytren tailla, de dehors en dedans, un *lambeau antéro-interne* de 4 à 5 pouces ; l'ayant relevé, il désarticula et en sortant fit un lambeau postéro-interne très-court (V. *fig.* 7, cuisse droite).

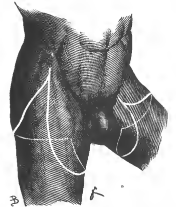
En 1831, *Lenoir* a proposé un 2e procédé qui n'est autre que celui de *Lalouette.*

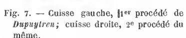
Les deux lambeaux *interne* et *externe* ont été mis en usage par *Alexandre Blandin* en 1795, sur un soldat auquel un boulet de canon n'avait laissé que quatre pouces de cuisse; après avoir lié l'artère, il tailla deux lambeaux de bas en haut (V. *fig.* 8, cuisse droite).

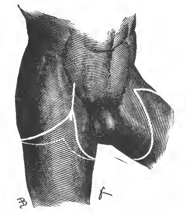
A. Blandin exécuta deux fois ce même procédé, et Perret, une fois.

D. Larrey a décrit, dans sa clinique, un premier procédé à

double lambeau, il taille le lambeau interne par ponction, puis l'externe et enfin il désarticule.



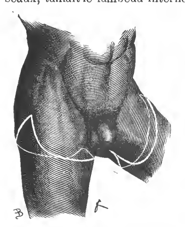

Fig. 7. — Cuisse gauche, 1er procédé de *Dupuytren;* cuisse droite, 2e procédé du même.

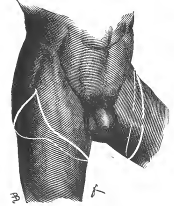

Fig. 8. — Cuisse droite, procédé d'*A. Blandin* et *D. Larrey;* cuisse gauche, procédé de *Lisfranc.*

Kerst, d'après Lisfranc, taillait par transfixion un grand lambeau interne, désarticulait et taillait le lambeau externe en sortant.

Hammick et *Syme* dessinaient et relevaient le lambeau externe, désarticulaient et taillaient le lambeau interne en sortant.

Lisfranc taillait le lambeau externe par ponction, il liait les vaisseaux, taillait le lambeau interne et désarticulait.


Fig. 9. — Cuisse gauche, procéde de *Béclard;* cuisse droite, procédé de *Sanson* et *Bégin.*


Fig. 10. — Cuisse gauche, procédé de *Kerr* cuisse droite, procédé *Guthrie.*

Unger et *Walther* taillaient le lambeau interne très-largement en sortant.

Les lambeaux *antérieur* et *postérieur* ont été proposés par *Béclard, Sanson* et *Begin, Marcellin Duval.*

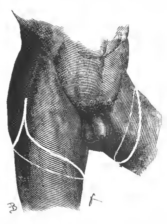
Béclard taillait son lambeau antérieur par ponction et son lambeau postérieur de même longueur, en sortant de l'articulation (V. *fig.* 9, cuisse gauche).

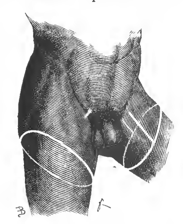
Sanson et *Begin* disséquaient deux lambeaux cutanés (V. *fig.* 9, cuisse droite).

Duval conseille deux lambeaux taillés à petits coups de dehors en dedans.

La *méthode ovalaire,* dite de Scoutetten (1827), a été employée à la fin du XVIIIe siècle, par *Kerr* de Northampton (v. *fig.* 10, cuisse gauche), par *Cornuau, Gunther, Langenbeck* qui désarticulait en arrière comme Lalouette; par *Guthrie* qui dessinait un lambeau courbe antéro-interne très-large et postéro-externe plus étroit (v. *fig.* 10, cuisse droite); par *Velpeau* dont le lambeau antéro-interne était plus court; par *Foullioy*, en 1841, qui conseilla, après avoir incisé la capsule, de la soulever avec le scalpel pour faciliter l'entrée de l'air dans l'articulation (V. *fig.* 11, cuisse droite).

Alanson, Abernethy, Sanson (v. *fig.* 12, cuisse droite), *Cornuau, Græfe* ont employé la *méthode circulaire.* Ils amputaient à la ré-





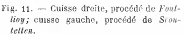


Fig. 11. — Cuisse droite, procédé de *Foullioy;* cuisse gauche, procédé de *Scoutetten.*

Fig. 12. — Cuisse droite, circulaire de *Sanson;* cuisse gauche, procédé de *B. Bell.*

gion supérieure de la cuisse, puis ils allaient désarticuler en creusant avec un couteau.

La *méthode circulaire* a été modifiée par l'adjonction de deux incisions faites en avant et en arrière (V. *fig.* 12, cuisse gauche). *B. Bell* conseillait d'exécuter de préférence ce procédé, *Roser* l'a employé par nécessité, parce qu'après avoir amputé la cuisse, devint nécessaire de désarticuler la tête du fémur.

La *méthode circulaire* avec une seule *incision externe* a été proposée, en 1768, par *Ravaton*. Il voulait faire une longue incision depuis le trochanter jusqu'au genou, dénuder ensuite le fémur qui était brisé, puis saisir le fémur avec la main, décoller le périoste et la capsule, désarticuler et terminer par une amputation circulaire. Il faut croire, d'après certains détails de l'observation, que malgré ces précautions, il redoutait encore l'hémorrhagie (V. *fig.* 13, cuisse droite).

Veitch, 1807, pratiqua une amputation circulaire, en ayant soin

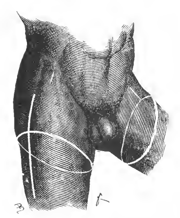


Fig. 13. — Cuisse droite, procédé de *Ravaton;* cuisse gauche, procédé de *Veitch.*

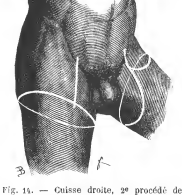


Fig. 14. — Cuisse droite, 2e procédé de *D. Larrey;* cuisse gauche, procédé d'*A. Cooper* et *Verneuil.*

de conserver une longue portion du fémur; après avoir fait toutes les ligatures, il fit une incision externe et saisissant le fémur comme un manche, il disséqua les muscles et la capsule (V. *fig.* 13, cuisse gauche).

Esmarch, au lieu de conseiller, comme Veitch, de laisser une longue portion du fémur, dit qu'il faut se servir d'un fort davier.

Lacauchie suit les os, comme pour une résection, jusque dans l'articulation.

Enfin, pour terminer cette longue énumération, je citerai le 2e procédé de Larrey (*fig.* 14, cuisse droite) et celui de M. Verneuil, ou raquette à queue antérieure (*Fig.* 14, cuisse gauche).

De tous ces procédés, quels sont ceux qui remplissent le mieux les indications tirées soit de la disposition anatomique, soit des suites prochaines ou éloignées de l'opération?

Le meilleur procédé est celui qui permet de :

1° Envelopper l'ischion;

2° Obtenir un bon accollement des lambeaux et un écoulement facile du pus ;

3° Éviter les surfaces coupées obliquement ;

4° Perdre peu de sang ;

5° Pouvoir facilement désarticuler et extraire les esquilles.

Revenons sur chaque point particulier.

1° *Envelopper l'ischion.* — Tous les procédés bien exécutés peuvent satisfaire cette indication, sauf le procédé à lambeau externe.

2° *Obtenir un bon accollement des lambeaux et un écoulement facile du pus.* — Les meilleurs procédés sont ceux qui donnent une cicatrice transversale, par conséquent : le lambeau antérieur, l'incision ovalaire, les deux lambeaux antérieur et postérieur, etc.

En revanche, je repousserais le procédé à lambeau postérieur, à lambeau unique, soit interne, soit externe, ou à deux lambeaux latéraux, qui se rapprochent difficilement pour se réunir d'avant en arrière.

3° *Éviter les surfaces musculaires coupées obliquement.* — Pour obtenir ce résultat, il faut abandonner les procédés à lambeaux et rechercher les procédés dans lesquels on rase exactement les os.

4° *Perdre peu de sang.* — Avant de rechercher la solution de cette importante question, permettez-moi de vous rappeler combien la compression dans les désarticulations de la cuisse est un moyen difficile et infidèle.

Comprimer l'aorte, ainsi que cela a été proposé, n'est chose possible que sur les individus dont la paroi abdominale peut se laisser déprimer, comme chez les femmes qui viennent d'accoucher.

Comprimer la fémorale au pli de l'aine est presque impraticable dans une opération qui exige, comme la désarticulation de la cuisse, de nombreux mouvements du membre.

Je ne vous parle pas de la compression de l'iliaque par le rectum, qui me paraît peu sérieuse.

Ne pouvant pas compter sur les résultats d'une bonne compression, il faut donc choisir soit un procédé qui permette de lier vite, soit un procédé qui ouvre peu d'artères ou tout au moins qui ouvre seulement les extrémités des artères.

Je ne passerai pas en revue tous les procédés que je viens de citer et je ne veux insister que sur les procédés recommandables.

Les procédés à lambeau antérieur ou à 2 lambeaux antérieur et postérieur, si brillants d'exécution, sont ceux où le sang est le moins épargné.

En faisant un lambeau antérieur, si on le taille par transfixion, on ouvre, au 1er temps, la fessière en dehors, les branches de la

fémorale qu'on peut, il est vrai, lier ou comprimer, et enfin l'artère obturatrice en dedans.

Au 2e temps, on ouvre l'ischiatique et de nouveau la fessière et l'obturatrice.

Et ces incisions portent sur de gros rameaux.

Si on taille le lambeau de dehors en dedans, comme Mar-Duval, pas une des branches de la fémorale n'échappe, non plus que les terminaisons de la fessière et de l'obturatrice, sans parler des veines. Il est vrai qu'on peut lier à mesure, mais quel temps employé!

Dans le procédé ovalaire on ouvre, en avant, toutes les branches musculaires et circonflexes de la fémorale, et en arrière, la fessière et l'ischiatique à une très-grande profondeur.

Je crois que ce rapide exposé suffit pour faire comprendre les raisons qui ont fait abandonner ces procédés et qui ont encouragé les chirurgiens à en chercher d'autres, peut-être moins brillants, mais plus hémostatiques.

Pour y parvenir, il faut choisir des incisions qui permettent de raser les os, tels sont le procédé circulaire à fente externe et le procédé circulaire à fente antérieure, c'est-à-dire la raquette externe ou l'antérieure.

Le procédé circulaire à fente externe peut s'effectuer de deux açons :

1° Commencer par faire l'amputation circulaire; dans ce cas, on ouvre la fémorale et ses branches, mais on n'ouvre que les ramuscules extrêmes de l'obturatrice et de l'ischiatique;

2° Commencer par la fente externe; dans ce cas, on n'ouvre aucune artère avant d'avoir désarticulé, mais c'est un procédé difficile.

Dans le procédé circulaire à fente antérieure, si on a la précaution de lier les vaisseaux primitifs, le champ de l'opération est ischémié, et la coupe circulaire se fait au-dessous des territoires de l'obturatrice et de l'ischiatique; j'y reviendrai plus loin.

Enfin reste la cinquième indication : *pouvoir facilement désarticuler et extraire les esquilles,* que je veux étudier seulement dans les procédés hémostatiques.

Dans le procédé circulaire à fente externe, la désarticulation est difficile, ainsi que nous l'a fait remarquer M. Guyon; et, même, si on scie le fémur, avant de désarticuler, il y a encore de grandes difficultés, parce que la fente ne peut remonter assez haut si l'on veut réellement épargner la fessière.

Dans le procédé circulaire à fente antérieure, la désarticulation est beaucoup plus facile et beaucoup plus rapide.

De cette discussion, on peut conclure que peu de procédés répondent complétement à toutes les indications que je viens d'énumérer ; je crois qu'il est possible de les remplir en opérant de la manière suivante :

Après avoir appliqué la bande d'Esmarch, je fais une incision qui, commencée sur les vaisseaux, est légèrement inclinée en dehors, devant le col du fémur ; à son extrémité inférieure, je trace soit une incision transversale, soit deux incisions courbes, qui donnent une forme lambdoïde. Je lie l'artère fémorale primitive d'abord, ensuite la veine, dont il faut redouter l'écoulement de sang ; cette ligature suffit pour arrêter la circulation des artères du triceps fémoral, des artères circonflexes ; la seule hémorrhagie à craindre est celle qui serait produite par anastomose.

Je dissèque la peau en dedans et en dehors, puis je coupe le couturier, le triceps ; faisant faire la rotation en dehors du membre, je désinsère le tendon du psoas que j'attire au dehors avec le doigt qui trouve au fond de la plaie la face antérieure de la capsule de l'articulation coxo-fémorale.

La capsule étant bien découverte, je l'incise en long et je désinsère de la base du col, la lèvre interne, puis la lèvre externe ; avec un détache-tendon, je continue à séparer les muscles qui s'insèrent en avant, en dehors et au-dessus du trochanter, et je trouve alors le col du fémur complétement à nu. Si le fémur est cassé, je saisis le col avec mon davier et, facilement, je fais sortir la tête de son cotyle ; si la cuisse est entière, un simple mouvement de rotation en dehors, aidé par le poids du membre, produit la luxation.

L'opération se termine rapidement, après la dénudation de la partie postérieure du trochanter et du fémur, par la section des muscles postérieurs de la cuisse, dans une région où les artères ne sont plus qu'à l'état de ramuscules. Dans un dernier temps je résèque le nerf sciatique.

Pour terminer cette longue communication, je me résumerai, en disant :

1° Qu'on lie ou qu'on ne lie pas les vaisseaux primitifs, il n'y a pas d'autre moyen d'épargner le sang que de *raser les os, d'énucléer* l'extrémité supérieure du fémur ; car la recherche des artères, comme le fait M. Verneuil, n'est pas à la portée de tous ;

2° Que pour énucléer l'os, l'incision externe permet de se passer de ligature préalable, mais est peu commode, tandis que l'incision antérieure exige forcément la ligature préalable des vaisseaux, mais rend la désarticulation très-rapide et très-facile dans tous les cas.

M. Verneuil. Je veux simplement défendre en quelques mots le procédé que j'ai emprunté à Astley Cooper, car je ne crois pas que Larrey l'ait mis à exécution avant 1824.

A. Cooper liait son artère un peu plus haut que je ne le fais, je lie au-dessous de l'arcade crurale ; une fois cette ligature faite, je n'ai plus besoin que de 5 ligatures, et, pour éviter les hémorrhagies par anastomoses, il suffit de lier la veine et le bout périphérique de l'artère, au moyen d'une grosse aiguille courbe.

Il faut pour exécuter mon procédé, a dit M. Farabeuf, une habileté exceptionnelle et de très-bons aides ; je ne crois pas et j'affirme que l'on pourrait, presque, se passer d'aides. Dans la réponse que m'a faite M. Legouest, à l'Académie, il m'a dit que s'il avait fait, dans un cas, la ligature préalable de l'artère, c'est qu'il n'avait pas eu de confiance dans ses aides ; le reproche qu'on adresse à mon procédé peut donc aussi bien se retourner.

On dit que je suis obligé d'aller découvrir toutes les artères les unes après les autres pour les lier ; mais nullement : si on veut se reporter au manuel opératoire que j'ai décrit, on verra que les artères se présentent naturellement, qu'elles sont sous mes yeux et que je n'ai qu'à les saisir.

Quant au temps employé, je soutiens que ce n'est pas plus long que par les procédés classiques, dans lesquels il y a au moins 10 à 12 ligatures à pratiquer ; et, en mettant de 1 minute 1/2 à 2 minutes par chaque ligature, la durée totale de l'opération sera au moins d'une demi-heure, or, j'ai mis en tout 30 minutes ; je crois donc que mon procédé n'est pas plus long.

M. Gaujot. Lorsqu'on pratique la désarticulation de la cuisse pour une fracture du fémur avec esquilles nombreuses, je crois qu'il ne faut jamais employer les procédés de dedans en dehors. Dans un cas semblable où j'ai opéré de dehors en dedans, mon couteau a été arrêté au moins dix fois, je suis sûr qu'il m'aurait été impossible de tailler un lambeau de dedans en dehors. J'ajouterai que mon malade n'a survécu que 1 heure 1/2.

M. Farabeuf. Je remercie M. Verneuil de ses explications, mais je lui demanderai une petite concession, c'est de raser les os, car on peut craindre de voir s'égarer la pointe du couteau. Un des avantages du procédé que j'ai indiqué est de pouvoir saisir le fémur avec un davier et de pouvoir désarticuler facilement.

M. Verneuil. Le procédé dans lequel on rase les os est un procédé nouveau qui est encore à étudier.

Quant à la crainte de voir égarer la pointe du couteau, elle ne peut exister, puisque j'opère avec un bistouri.

Je n'accepte pas volontiers la manière dont M. Farabeuf conseille d'ouvrir la capsule; pour moi, je préfère la réséquer, car je craindrais qu'en revenant sur elle-même, il se forme un nid dans lequel le pus aurait tendance à séjourner.

Présentation de malade.

M. Baudon, membre correspondant, présente un malade opéré d'une exostose diffuse du maxillaire inférieur.

C'est un garçon de 18 ans, de forte constitution, qui a vu apparaître, il y a 7 ou 8 ans, sur la partie moyenne de la branche droite du maxillaire, une tumeur dure, douloureuse au toucher, à la pression et même spontanément, qui depuis ce temps n'a cessé de s'accroître et de s'étaler.

Au moment de l'examen, en août 1877, la tumeur primitive, située au niveau de la 2e molaire droite, est grosse comme un petit œuf; elle s'étend à droite jusqu'à la branche montante du maxillaire, à gauche jusqu'au niveau de la 2e molaire.

L'hypertrophie, marquée surtout sur la face externe du maxillaire, est cependant très-apparente sur la face interne. L'os paraît hypertrophié en masse, avec saillie très-prononcée au niveau de la 2e molaire droite.

Cependant c'est bien une tumeur osseuse, l'ostéome des adolescents.

Comme le sujet avait été déjà soumis à un traitement interne, que la tumeur grossissait sans cesse, je proposai au malade de l'opérer.

L'opération décidée est pratiquée le 15 septembre 1877.

Pour être radicale, l'opération aurait nécessité l'ablation des deux tiers du maxillaire, sacrifice pénible à imposer à un jeune homme de 18 ans.

Je pensai, qu'en raison de la faible vitalité de ces tumeurs, je pouvais essayer l'ablation des parties les plus saillantes de l'exostose, avec la gouge et la pâte de canquoin, espérant que ces parties une fois enlevées, la vitalité de la tumeur serait assez modifiée pour enrayer son développement.

J'enlevai donc toute la surface de la tumeur, qui, en certains points, était d'une dureté éburnée et j'appliquai, sur toute la surface mise à nu, une épaisse couche de pâte de canquoin que je laissai pendant 5 heures.

La couche d'os mortifiée se détache progressivement et, après 5 mois, la chute des séquestres paraît à peu près complète. Je ne

pense pas que la partie mortifiée ait atteint plus d'un millimètre d'épaisseur.

Pour arriver jusqu'à l'os, je fis, le long du bord inférieur, une incision allant du bord antérieur du masséter jusqu'aux limites de la tumeur (la faciale ne fut pas divisée) et en relevant les tissus, je pus découvrir presque toute la tumeur sans ouvrir la cavité buccale.

Les suites de l'opération furent simples. Pas d'hémorrhagie, peu de fièvre. Après quelques semaines, de petits séquestres commencent à se détacher.

15 *janvier*. — Quatre mois après l'opération, les séquestres qui recouvrent la partie de l'os en contact avec la pâte de canquoin, commencent à s'ébranler et sont détachés en grande partie le 12 février.

Il paraît exister encore quelques séquestres détachés à l'angle postérieur de la plaie, mais la difficulté de porter un stylet jusque sur eux, m'engage à les abandonner à eux-mêmes. — Il reste encore 2 ou 3 points fistuleux.

Dans cette opération, j'ai enlevé toute la partie de la tumeur qui était accessible à l'instrument. Supérieurement j'ai dû m'arrêter pour ne pas ouvrir la cavité buccale et pour ménager les alvéoles et les dents, ce qui fait que le bord alvéolaire est aujourd'hui en saillie sur le reste de l'os.

Du côté de la face interne, le maxillaire est hypertrophié, mais il m'était impossible d'attaquer l'os de ce côté, sans produire des délabrements dangereux.

Aujourd'hui, voilà bientôt 6 mois que l'opération a été faite; l'hypertrophie paraît enrayée et il y a lieu de penser qu'à la suite de la perturbation apportée dans la nutrition du maxillaire, les parties hypertrophiées se résorberont petit à petit, comme cela a déjà été observé pour d'autres exostoses.

J'avais pensé à faire une seconde application de pâte de canquoin, mais l'utilité ne m'en paraissant pas démontrée, j'y ai renoncé.

Je serais heureux d'avoir l'avis de la Société de chirurgie sur la portée et l'utilité de mon opération et savoir ce qu'elle pense du pronostic et de la terminaison de cette exostose.

La Société se forme en comité secret.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 13 mars 1878.

Présidence de M. F. GUYON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine;

2° La *Gazette médicale de Bordeaux*, la *Revue médicale de l'Est*, l'*Alger médical*, le *Bulletin médical du Nord*, le *Bordeaux médical;*

3° *Note sur quelques perfectionnements apportés à certaines sutures*, par le Dr Deroubaix, professeur à l'Université de Bruxelles.

4° Le *Journal médical et chirurgical de San-Francisco ; Centralblat für Chirurg.; Bristol medical Journal;* la *Gazette médicale Italienne-Lombarde ; Estudos medicos*, organe de la Société des études musicales de Coimbre;

5° La *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie;*

6° *Opération césarienne*, par M. Ad. Wasseige, professeur ordinaire à l'Université de Liége.

7° Note du Dr Malboux, médecin-major au 37e de ligne, intitulée: *Existence simultanée chez une femme d'une hernie crurale entéro-épiploïque étranglée et d'une hernie inguinale épiploïque enflammée.*

(*Comission :* MM. SÉE, DELENS, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, rapporteur).

M. FARABEUF demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

A la fin de la dernière séance, ayant abusé de votre attention, je crois n'avoir pas fait ressortir suffisamment les conclusions de ma communication. J'y reviens en quelques mots.

D'une manière générale, il faut recommander pour désarticuler le membre inférieur, que le fémur soit intact ou brisé, des procédés *faciles*, *rapides* et *sûrement hémostatiques*.

Avec les autorités que je vous ai citées, je pense que pour la sécurité de l'opéré et la tranquillité de l'opérateur, il est bon de lier les gros vaisseaux dès le début de l'opération. Comme D. Larrey, A. Cooper, Verneuil, Roser, Pitha, Konig, je recommande la raquette à queue antérieure. Il me semble, en outre que, tant pour éviter de blesser les artérioles péri-articulaires que pour restreindre l'étendue de la plaie et ne pas préparer de fusées puru-

lentes, rien n'est plus sûr ni plus facile, ni plus expéditif que l'énucléation dont l'idée remonte à Ravaton. Mais je reconnais que la méthode de M. Verneuil, qui consiste à découvrir les principales artères de la région pour les lier avant de les couper, est parfaitement applicable ici.

L'énucléation par l'incision ovalaire ou la raquette externe est difficile.

La taille de lambeaux musculaires, de dehors en dedans, seule manière qui mérite d'être discutée, demande beaucoup de temps, exige quelquefois de nombreuses ligatures (jusqu'à 58), ce qui suppose une abondante perte de sang; enfin elle donne une plaie assez vaste avec laquelle communiquent tous les espaces celluleux inter-musculaires.

Pour bien faire saisir les avantages du procédé à incision antérieure, j'ai l'honneur de présenter le moule du moignon du malade qui a été opéré par M. Verneuil. (V. *fig*. ci-dessous.)



M. Desprès. Je désire demander un petit renseignement à MM. Verneuil et Farabeuf, au sujet de la peau qui recouvre le grand trochanter. Je crains que, par le procédé à incision antérieure, on n'obtienne, dans ce lambeau cutané, la formation d'un foyer purulent.

M. Verneuil. La peau du trochanter est conservée, mais je n'ai pas observé ni foyer ni rétention du pus, par la seule raison que j'ai soin de laisser la plaie béante. Le travail naturel de la cicatrice se charge de fermer la plaie.

M. Farabeuf. Lorsqu'on fait l'amputation circulaire, on écarte

forcément la cuisse et on change les rapports de la peau avec le grand trochanter, ce qui fait que la peau se trouve coupée plus bas en dedans qu'en dehors, mais, cependant, on garde toujours une grande partie de la peau de cette région. Si on voulait l'éviter, il faudrait la sacrifier et on serait obligé de tailler un lambeau interne qui a le grand inconvénient de se gangréner quelquefois. Il faut mieux donc faire un lambeau externe, en comprenant la peau du grand trochanter, qui ne s'est jamais gangrenée, à ma connaissance.

M. Desprès. Dans l'observation qui nous a été communiquée par M. Tillaux, il a été noté la formation d'une collection du pus dans la loge trochantérienne. De plus, comme tout le monde sait que le sphacèle est à craindre lorsque les lambeaux ne sont formés que par de la peau, je pensais qu'il serait peut-être utile de faire une contre-ouverture et de passer un drain.

M. Farabeuf. Il ne faut pas confondre avec la peau de la jambe, qui se gangrène, en effet, si facilement, la peau du grand trochanter très-épaisse, très-doublée, très-bien nourrie.

Pour éviter la gangrène, M. Desprès propose de faire de suite une contre-ouverture : je crains que cette incision n'augmente beaucoup les chances de la gangrène, puisqu'on coupe des vaisseaux destinés à nourrir la peau.

Dans le procédé à incision antérieure, il n'y a aucune crainte de rétention du pus, tout est béant.

Lorsqu'on ne rase pas la surface du grand trochanter, il y a des chances pour avoir une hémorrhagie, ainsi que l'a constaté M. Sédillot.

M. le président annonce que, dans le comité secret de la séance précédente, la Société de Chirurgie a décidé qu'elle souscrirait au monument élevé à la mémoire de M. Claude Bernard, pour une somme de 300 francs, sans préjudice des souscriptions de chaque membre en particulier.

M. le président déclare une vacance parmi les membres titulaires.

M. Richelot lit un travail intitulé : *Note sur un cas de blessure incomplète du nerf médian.* (Commission : MM. Tillaux, Delens et Farabeuf, rapporteur.)

Au nom de M. Poinsot, membre correspondant, M. le secrétaire général donne lecture d'un travail intitulé : *Contribution à l'histoire clinique des tumeurs du testicule.*

Les faits qui ont donné l'occasion de présenter ce travail paraissent susceptibles de jeter quelque jour sur un point important de l'histoire des tumeurs; ils peuvent servir à montrer quelle part doit être réservée aux résultats de l'examen microscopique dans la considération de l'avenir de telle ou telle production néoplasique. On y verra, d'une part, une tumeur à développement extrêmement rapide, présenter, sous le microscope, les caractères bien tranchés d'une variété regardée comme le plus souvent bénigne : cependant l'événement vient confirmer les appréhensions que le clinicien avait conçues dès la première vue, et le sujet succombe à la généralisation du mal. Chez le second malade, au contraire, caractères cliniques, constitution histologique, tout se réunit pour faire de la tumeur une de ces néoplasies malignes dont la récidive est, pour ainsi dire, fatale. Qu'arrive-t-il ? L'opération est suivie du meilleur résultat, et aujourd'hui, plus de trois ans après, le malade continue à jouir d'une santé parfaite.

Le détail de ces deux observations va permettre de rendre plus frappante la singularité de chaque fait.

Obs. I. — *Enchondrome développé en quinze jours chez un enfant de 4 ans. — Castration. — Absence de toute récidive locale. — Mort par généralisation.*

Le 20 mars 1875, M. L..., demeurant aux environs de Bordeaux, m'amena, dans mon cabinet, son jeune fils, âgé de 4 ans, sur l'état duquel il désirait avoir mon avis. Dans les premiers jours du mois, la mère s'était aperçue que l'enfant portait souvent la main aux parties génitales, et, après quelques remontrances, elle voulut s'assurer s'il n'existait rien qui justifiât cette manière de faire inaccoutumée. Elle s'aperçut alors que la bourse gauche avait légèrement augmenté de volume. Un peu effrayée, bien que l'enfant n'accusât aucune douleur, et croyant au développement d'une hernie, elle fit appeler aussitôt (4 mars) le médecin ordinaire de la famille, M. le Dr Cozic-Penanguer, qui, après avoir examiné le petit malade, la rassura et conseilla simplement des applications de compresses trempées dans une solution résolutive. Cependant la bourse augmenta de volume, et, à une deuxième visite qui eut lieu cinq jours après, M. Penanguer annonça qu'il y avait de l'eau dans l'intérieur de la bourse et fit pressentir la nécessité d'une ponction. Celle-ci fut acceptée en principe, mais remise, d'un commun accord, à une époque prochaine. Grande fut la surprise de la famille quand, dans une troisième visite faite au bout de huit jours, M. Penanguer déclara inutile toute ponction et ordonna d'appliquer sur la tumeur, devenue dure et grosse comme un œuf, une emplâtre de ciguë qui devait demeurer en place un certain nombre de jours.

C'est sous l'influence de l'émotion produite par cette déclaration inopinée, que M. L... s'est décidé à venir demander mes conseils.

Dès le début de l'examen, il devint évideut pour moi que j'avais affaire à une production solide. La tumeur, du volume d'un gros œuf de poule, et limitée à la bourse gauche, était absolument ovoïde, régulière, lisse, un peu aplatie dans le sens transversal ; sa consistance était uniformément dure, résistante ; en avant seulemeut, on pouvait constater une sorte de fluctuation obscure. En aucun point, la pression ne réveillait de douleur. La forme, la délimitation exacte de cette tumeur ne permettaient point de la confondre avec un hydrocèle, dont l'aspect est piriforme ou même cylindrique, et qui envoie d'ordinaire un prolongement plus ou moins notable vers l'anneau externe du canal inguinal. D'ailleurs, examinée par transparence, la tumeur ne se laissait nullement traverser par les rayons lumineux. La résistance au toucher fournissait un autre signe diagnostique, car elle n'eût été explicable, dans l'hypothèse d'une hydrocèle, que par une grande épaisseur des parois, absolumeut incompatible avec le rapide développement du mal. Cette incompatibilité n'existait plus pour l'hématocèle, mais il était impossible de retrouver, dans les antécédents, aucune violence traumatique exercée sur les bourses ; les objections tirées de la forme et de la délimitation conservaient ici toute leur valeur ; enfin, si l'hématocèle, par suite des dépôts fibrineux et des fausses membranes dont est tapissée la vaginale, peut bien acquérir une rénitence notable, elle n'offre jamais une dureté absolue, et, en tout cas, cette dureté est superficielle en avant comme en arrière, tandis que, chez notre malade, elle n'était perçue en avant qu'à travers une mince couche de liquide.

Mais, parmi les néoplasmes dont le testicule peut devenir le siége, auquel fallait-il s'arrêter ? Ce diagnostic, si important au point de vue du traitement à instituer et que l'examen isolé de la tumeur ne suffisait pas à établir, n'était guère rendu plus facile par la réunion des autres signes locaux et même par la considération de l'état général.

Voici les notes que je trouve à cet égard sur mon cahier de visites :

« La peau, qui recouvre la tumeur, est saine et glisse aisément sur les parties sous-jacentes ; elle est cependant distendue et sillonnée à sa surface de quelques vaisseaux volumineux. Les ganglions de l'aine ne sont point engorgés : des deux côtés, ils présentent le même aspect et le même volume.

« Le cordon est absolument distinct de la tumeur : il est facile de le saisir entre les doigts pour constater l'intégrité de ses éléments.

« Le testicule droit est normal, il est seulement remonté vers l'anneau, par suite du développement de l'organe congénère.

« La santé générale de l'enfant ne laisse rien à désirer : il est grand, bien développé, robuste. L'embonpoint est satisfaisant, et toutes les fonctions s'accomplissent avec une parfaite régularité. Il n'existe dans la famille aucun antécédent cancéreux : un oncle paternel est mort de tuberculose pulmonaire. »

L'idée d'une hématocèle mise de côté pour les raisons déjà exposées, l'âge du malade, la marche de l'affection ne laissaient guère de place à une autre idée que celle de tumeur maligne. Il est vrai que cette

hypothèse s'accordait mal avec l'excellence de la santé générale, mais le développement si rapide de la tumeur autorisait à penser que la néoplasie, bien que maligne, était jusqu'alors demeurée locale et n'avait pas ou le temps d'infecter l'économie. Je portai donc le diagnostic clinique de cancer, sans aller plus loin dans la détermination histologique de la production morbide que je supposais cependant être de nature sarcomateuse.

Je fis part de mes craintes à M. L..., sans toutefois prononcer le mot redoutable qui répondait à ma pensée, et je ne lui dissimulai pas l'urgence absolue d'une intervention immédiate. Appréciant en même temps l'émotion légitime que devait lui causer cette annonce inattendue venant le surprendre au milieu de sa quiétude, je l'engageai à prendre le conseil de quelques confrères. Ceux-ci, au nombre de trois, émirent des avis un peu différents sur la nature du mal qui était soumis à leur examen : deux conclurent, comme je l'avais fait, à l'existence d'un cancer; un troisième, se basant sur la considération de l'état général et la rapidité même du développement de la tumeur, sur la préexistence d'un épanchement séreux, pencha pour une hématocèle. Tous trois d'ailleurs furent unanimes à reconnaître la nécessité d'une opération.

Le 24 mars, je fus, sur ma demande, réuni en consultation avec le Dr Penanguer. J'eus alors la confirmation des renseignements qui m'avaient été fournis par la famille. Mon honorable confrère avait bien réellement constaté, au début, une tumeur élastique, rénitente, *parfaitement transparente*, et, dans l'espace d'une douzaine de jours, il avait vu la consistance de cette tumeur se modifier sans cause appréciable, sa dureté devenir extrême, la transparence disparaître. Bien que porté d'abord à croire à une hématocèle, les mêmes motifs qui avaient déterminé mon opinion, l'avaient empêché de s'arrêter à cette idée, et, dès ce moment, il était demeuré convaincu de la nature cancéreuse du mal. Dans ces conditions, il ne pouvait y avoir entre mon confrère et moi aucune divergence sur le mode d'intervention à choisir. La castration fut décidée et proposée aux parents, qui l'acceptèrent aussitôt, tout en étant avertis de la possibilité d'une récidive.

L'opération eut lieu, en présence de MM. les Drs Cozic-Penanguer et Oré, le 26 mars, c'est-à-dire six jours après mon premier examen. Dans ce court espace de temps, la tumeur, sans doute sous l'influence des manipulations auxquelles avaient donné lieu des examens répétés, la tumeur avait notablement augmenté de volume tant en largeur qu'en hauteur ; dans ce dernier sens, l'accroissement avait été assez marqué pour qu'elle arrivât jusqu'au voisinage de l'anneau inguinal externe. Les ganglions demeuraient toutefois indemnes.

Je commençai l'opération, suivant le conseil si pratique de M. Gosselin, en faisant une ponction explorative avec un trocart de trousse.

Cette ponction donna issue à quelques gouttes de sang, ce qui, joint à l'impossibilité de faire mouvoir la pointe de l'instrument, donnait une confirmation nouvelle du diagnostic qui avait été porté dès le début.

La castration s'imposait et j'y procédai aussitôt de la façon suivante: Une incision en raquette fut pratiquée sur la partie antérieure de la tumeur. Simple dans sa partie supérieure, elle se bifurquait en bas de manière à circonscrire une certaine étendue de téguments que je me proposai de réséquer. J'eus soin de prolonger cette incision un peu en arrière, pour éviter la formation d'une poche, où pourraient stagner les produits de la suppuration. La peau ainsi divisée, j'isolai la tumeur des téguments, puis de la cloison du dartos, en ayant bien soin, suivant le conseil de Chassaignac, de raser de près la tumeur pour m'éloiguer de cette cloison qui peut renfermer des vaisseaux considérables.

L'hémorrhagie fut peu abondante : quelques artérioles de la peau, qui avaient été comprises dans l'incision, fournissant un peu de sang, j'y appliquai des pinces à pression continue. Je terminai l'opération par la ligature en masse du cordon qui fut sectionné au-dessous. Je liai également les vaisseaux qui continuaient à donner après l'ablation des pinces.

Deux points de suture entortillée furent placés à l'extrémité supérieure de l'incision : je bourrai la plaie de charpie, après avoir eu soin de ramener vers la partie déclive les fils à ligature. De la charpie et des compresses imbibées d'eau froide complétèrent le pansement que je maintins à l'aide d'une sorte de spica, dans la crainte que l'enfant, avec l'indocilité de son âge, ne dérangeât les pièces d'appareil et n'irritât la plaie.

Examinée 2 heures après l'opération, la tumeur pesait 150 grammes. Elle offrait la forme d'un ovoïde régulier, à grosse extrémité dirigée vers le bas. Sa consistance était partout également dure, sa surface lisse, sans bosselures. A la partie supérieure et antérieure, il existe une petite tumeur, surajoutée à la précédente : cette tumeur est plus molle, transparente, et l'incision en fait écouler une certaine quantité de liquide séreux ; l'examen fait reconnaître que cet épanchement siége dans la vaginale : celle-ci est à peu près saine. Quant à l'épididyme, il a disparu dans l'ensemble de la masse morbide. Le cordon est sain et peut être suivi, dans une certaine étendue, à la partie supérieure et postérieure de la tumeur.

Sur une coupe, le tissu constitutif de la tumeur offre un aspect lisse, luisant, avec reflet blanc-bleuâtre. Cet aspect n'est pas absolument uniforme ; les parties brillantes, nacrées se montrent sous forme de plaques arrondies, de dimension variable, isolées les unes des autres par des faisceaux d'apparence fibrillaire. Le grattage ne fait point recueillir de suc.

La pièce fut remise à M. le Dr Vergely, professeur adjoint de l'école de médecine, qui voulut bien se charger de l'examen microscopique et m'en adresser les résultats. Je copie textuellement la note qui me fut remise : « En résumé, la masse de la tumeur est formée par du tissu cartilagineux. Les cellules cartilagineuses, dont quelques-unes seulement possèdent une capsule et qui, pour la plupart, sont larges, irrégulières, munies de prolongements, avec un ou plusieurs noyaux,

sont réunies par groupes répondant aux lobules de la surface de section. Entre ces masses et les isolant, on rencontre du tissu fibreux abondant; même, sur un point de la tumeur, ce tissu existe presque seul, et c'est à peine si on aperçoit, dans l'interstice des fibres, quelques rares cellules. La disposition que je viens de décrire permet de porter le diagnostic anatomique de *fibro-chondrome*. »

Les suites de l'opération furent des plus simples. La réunion immédiate fut obtenue dans la partie supérieure de l'incision où elle avait été tentée ; une suppuration abondante et de bonne nature s'établit dès le deuxième jour dans le reste de la plaie. Celle-ci ne tarda pas à bourgeonner rapidement; du huitième au douzième jour, toutes les ligatures tombèrent, et en trois semaines il ne restait plus qu'une plaie linéaire dont j'eus plusieurs fois à réprimer le bourgeonnement. Un mois après l'opération, la cicatrisation était complète.

Il n'y avait pas eu la moindre menace de récidive locale, et la santé générale s'était maintenue parfaite.

La famille, toute entière à la joie d'un résultat que nos restrictions ne lui permettaient guère d'espérer, ne songea plus qu'à jouir sans réserve de cet enfant qui lui était rendu, et je perdis mon petit malade de vue.

Au mois de septembre suivant, madame L... me ramenait son fils: depuis quelques jours elle trouvait que le ventre augmentait de volume et qu'en un certain point il offrait une dureté extrême. La santé générale était toujours fort bonne. Cependant, madame L... s'était rappelée les craintes que nous avions exprimées au sujet de l'avenir et elle venait en toute hâte me demander si vraiment elles s'étaient réalisées.

Voici ce que me révéla l'examen de l'enfant:

Embonpoint normal; coloration rosée des téguments. Au niveau de la cicatrice et du cordon, aucune tuméfaction ne peut être constatée. Les ganglions de l'aine sont normaux. Le ventre présente, dans l'hypochondre gauche, une voussure manifeste qui s'étend d'une part depuis la ligne médiane jusqu'au bord externe du muscle carré des lombes, et d'autre part du rebord des fausses côtes, avec lequel elle paraît se continuer, jusqu'à la ligne ombilicale. Au niveau de la fosse iliaque, en enfonçant profondément les doigts dans la cavité pelvienne, on sent quelques nodosités qui doivent être des ganglions dégénérés. La respiration est normale; le malade ne toussa pas.

Je ne cachai pas à madame L... que je regardais comme au-dessus des ressources de l'art l'état de son enfant. En présence de ce pronostic, la famille décida de recourir à l'homœopathie, et une seconde fois je cessai de voir mon malade. Trois semaines après, j'étais appelé ce nouveau. Les promesses de l'homœopathie avaient été démenties par l'événement, et le malheureux enfant pâle,

amaigri, exténué, était arrivé aux derniers moments de son existence. Le ventre s'était encore développé et contenait évidemment du liquide ; la respiration était anxieuse, fréquente, entrecoupée par des quintes de toux, petite et sèche. L'appétit était nul et il y avait de la fièvre vers le soir. La cicatrice continuait à être dans les meilleures conditions.

La mort arriva dans les premiers jours d'octobre.

J'obtins à grand'peine l'autorisation de faire l'ouverture du corps. J'y arrivai cependant et pus ainsi constater les lésions suivantes :

Le cordon était sain à partir de la cicatrice, dans une étendue de 4 centimètres : en ce point commençait une sorte de cordon fibreux, dur, résistant, formé bien évidemment par un ou plusieurs lymphatiques remplis de matière cancéreuse. Ce cordon aboutissait à une tumeur demi-molle, élastique, qui n'était autre chose qu'un ganglion lombaire hypertrophié. Tous les ganglions de la région avaient subi une altération analogue. La tumeur principale du ventre était constituée par la rate très-développée et présentant plusieurs nodules dont l'un avait le volume du poing. Les deux poumons étaient aussi parsemés de nodosités variant du volume d'un grain de maïs à celui d'une noisette. A l'examen microscopique, ces tumeure secondaires furent reconnues comme étant de nature enchondromateuse; cette fois, l'enchondrome avait revêtu la forme dite *à cellules ramifiées ou stellaires* (*myxochondrome*).

Ainsi se réalisèrent les appréhensions que m'avait inspirées, au premier examen, la marche si rapide de la tumeur. Un instant elles parurent démenties par l'examen histologique. La néoplasie offrait ce type du chondrome fibreux que Billroth a professé être constamment bénin [1], et, si l'acuité du développement constituait un signe pronostique fâcheux, la délimitation de la tumeur, l'intégrité du cordon et des ganglions, la conservation de la santé générale étaient bien de nature à faire admettre comme probable la bénignité de l'affection. Toutefois je regardai ces signes comme secondaires et je maintins mon opinion première, en me basant uniquement sur le mode de développement : il annonçait une puissance formative qui ne pouvait être liée qu'à une extrême malignité. J'avoue même que la nature cartilagineuse de la tumeur était loin de constituer, pour moi, un signe rassurant. Sur 8 observations réunies par M. Dauvé dans son remarquable mémoire, « le résultat n'est pas connu chez un malade, le dernier opéré est encore à l'hôpital ; 3 opérés sont sortis guéris de l'hôpital et n'ont

[1] Billroth, *Elém. de pathologie chirurgicale gén.* (trad. franç.), p. 710.

pas donné de renseignements ultérieurs. Enfin 3 sont morts : le premier avec des tumeurs dans les poumons et les lymphatiques du cordon; le second avec des tumeurs secondaires contenant du cartilage et ayant perforé le duodénum ; le troisième, 5 mois après l'opération, avec des symptômes inexpliqués du côté des organes respiratoires [1]. » En résumé, sur *trois* malades suivis pendant 5 mois, il y a eu *trois* morts. Depuis 1862, 4 observations d'enchondrome du testicule ont été publiées. La première en date appartient à Demarquay [2] ; il s'agissait d'une tumeur cartilagineuse ayant englobé toute la glande et dans l'épaisseur de laquelle se trouvait un kyste rempli par un caillot sanguin. La castration fut pratiquée, et le malade sortit guéri. M. Maunoir a présenté, en 1873 à la Société anatomique [3], l'observation d'un malade chez lequel, 6 mois avant, on avait extirpé une tumeur « qui avait été prise pour une hématocèle et qui, à l'examen microscopique, fut reconnue pour un enchondrome dans lequel s'étaient développées de nombreuses cellules embryonnaires. » Il y avait à ce moment une récidive dans la cicatrice et le cordon. Un troisième fait, observé dans le service de M. Guyon, a été rapporté par M. Zambianchi [4]. Le sujet, âgé de 39 ans, avait été soigné pendant plusieurs mois pour une orchite : l'examen microscopique, fait par MM. Rendu et Coyne, démontra un enchondrome fibreux. Le malade fut d'ailleurs perdu de vue. Il en fut de même de celui dont M. Adam a publié l'histoire dans sa thèse inaugurale [5]. La tumeur était cartilagineuse dans sa plus grande étendue, mais çà et là existaient de petits kystes ; cependant M. Adam pense qu'il s'agit bien d'un enchondrome pur et les détails anatomiques paraissent venir à l'appui de cette opinion. De ces quatre malades, un seul, celui de M. Maunoir, a donc été suivi et la récidive a eu lieu. En réunissant les observations du mémoire de M. Dauvé à celles qui lui sont postérieures et en y ajoutant la mienne, j'arrive à un total de 13 faits, sur lesquels 5 malades, suivis plus de 6 mois ont donné 4 morts par infection et une récidive locale dont l'avenir n'est point connu. Notez que, dans 4 cas (ceux qui ont donné lieu à une infection viscérale), le tissu cartilagineux était mêlé à une quantité plus ou moins grande de tissu fibreux ; on avait donc eu affaire à la forme dite bénigne. On reconnaîtra cependant que, si on donnait le nom de cancer à toute tumeur

[1] Dauvé, Sur l'enchondrome du testicule (*Mém. de la Société de chirurgie*, 1868, t. VI, p. 361).
[2] *Union médicale*, 1862, nº 28, p. 447.
[3] *Bulletin de la Société aatomique*, 1873, p. 769.
[4] *Ibid.*, 1874, p. 592.
[5] Adam, *Sur l'enchondrome du testicule*, Paris, th. inaug., 1876, nº 322.

maligne (et au point de vue clinique la légitimité de cette division peut être facilement défendue), on devrait appeler celle-ci cancer cartilagineux. Il est permis alors de s'étonner que quelques auteurs placent l'enchondrome au premier rang des productions morbides comportant un pronostic favorable. « L'enchondrome du testicule, dit entre autres Humphry, entraîne le même pronostic et nécessite le même traitement que la maladie kystique [1]..... Celle-ci est en elle-même de nature bénigne ; elle se limite d'ordinaire à un testicule, et, quand il en est ainsi, le malade peut *vivre des années* après la castration et même avoir des enfants [2]. » Malheureusement l'expérience n'a pas confirmé cette vue pronostique : loin de demeurer limité à l'organe où il se développe, l'enchondrome possède assez souvent des propriétés infectieuses, et il semble même qu'il acquière dans le testicule une malignité toute spéciale. Virchow, qui signalait le fait dès 1849, y a fortement insisté dans son *Traité des tumeurs*. « Les enchondromes, tant des os que des parties molles, possèdent, dit-il, des propriétés infectieuses, et on fera bien par suite, dans la règle, d'extirper ces tumeurs quand elles seront tangibles aussi tôt et aussi complétement que possible. On ne peut, jusqu'à présent, fixer de limite entre les enchondromes qui sont ou non infectieux, de bonne ou de mauvaise nature. Les formes molles sont en tout cas plus dangereuses que les dures ; mais la différence n'est pas tout à fait tranchée. La nature de l'organe affecté semble avoir une grande importance dans la question, notamment par sa richesse en vaisseaux sanguins et lymphatiques, circonstance qui ressort avec évidence précisément dans les testicules [3]. »

Bien que l'existence d'un cancer du testicule, chez un sujet de l'âge du nôtre, n'ait rien d'exceptionnel (en comprenant sous la dénomination de cancer toutes les néoplasies ayant une tendance à infecter l'économie), cependant la rareté de semblables faits est assez grande pour que, même à ce seul point de vue, l'observation précédente offre un suffisant intérêt. C'est à peine si, en compulsant les différents recueils ou mémoires, nous avons pu recueillir 12 faits de cancer du testicule dans le jeune âge. Ils sont dus à Langstoff, Blizard, Earle [4], Athol Johnson [5], Dupuytren, Colson, Bryant, Holmes, Prestat (de Pontoise), Giraldès [6], Depaul [7]. La

[1] *Holmes's system of surgery*, t. V, p. 138.

[2] *Ibid.*, p. 135.

[3] Virchow, *Traité des tumeurs* (trad. franç.), t. I, p. 526.

[4] Curling, *Traité des maladies du testicule* (trad. de Gosselin), p. 388.

[5] *Transactions of the pathol. Society*, t. XI, p. 161, 165.

[6] Giraldès, *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*, p. 524.

[7] *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1876, p. 382.

plupart de ces enfants avaient de 1 à 5 ans ; le sujet de Depaul était âgé de 10 mois, celui de Langstoff de 7 mois seulement. Humphry nous apprend encore, d'après Curling, qu'il existe au musée du collége des chirurgiens de Londres une pièce d'encéphaloïde du testicule provenant d'un enfant du même âge [1]. D'autre part, Guersant affirme avoir observé, dans sa pratique, au moins une dizaine de cas de cancer du testicule chez de très-jeunes enfants, dont quelques-uns avaient moins d'un an [2]. Cette assertion tendrait à démontrer que la rareté du cancer testiculaire est moindre qu'on ne le suppose ; mais elle se trouve en opposition avec les résultats statistiques publiés par H. Ludlow, qui, sur 51 cas, n'en compte que 5 chez des sujets au-dessous de 5 ans.

Chez l'enfant, comme chez l'adulte, la castration, dans les cas de tumeur maligne, donne des résultats peu favorables. La fréquence réelle des récidives ne peut guère être évaluée d'une manière certaine, car le plus souvent les malades sont perdus de vue ; mais ce que l'on sait des sujets dont les traces ont pu être retrouvées autorise le pronostic le plus grave. Le malade d'Earle mourut d'un cancer développé dans le cerveau et dans d'autres organes. Celui de Langstoff ne survécut que six mois, et, à l'ouverture de son corps, on trouva les ganglions, les poumons et la dure-mère atteints de dégénérescence cancéreuse. Les deux opérés d'Athol Johnson eurent le même sort : il n'est pas sans intérêt de remarquer que, chez l'un d'eux, l'examen microscopique avait fait croire à une tumeur bénigne (*fibro-nucleated tumour*). A cet égard, la statistique de Guersant fournit un enseignement sérieux : sur 6 cas opérés, il a perdu un malade de 18 mois par des convulsions, 3 jours après l'opération. Un malade ne put être revu ; chez les 4 autres, il y eut récidive soit dans les ganglions de l'aine, soit même dans les ganglions profonds. Cette léthalité presque constante soulève une importante question de pratique souvent agitée à propos du cancer en général ; une intervention chirurgicale est-elle légitime, alors qu'elle présente si peu de chances de succès ? Pour le cancer du testicule, comme pour celui des autres organes, la réponse ne saurait être douteuse, et l'opération s'impose pour plusieurs motifs. D'abord le diagnostic n'acquiert pas toujours une certitude absolue, et en bonne chirurgie cette hésitation ne permet pas de s'abstenir. Comme nous le verrons plus tard, la récidive, si elle est vraiment la règle, a bien pu ne pas se produire dans des cas exceptionnels qui ne sauraient être prévus à l'avance. Enfin, lorsqu'elle a eu lieu, elle a pu ne

[1] *Holmes's system of surgery*, t. V, p. 142.

[2] *Bulletin gén. de thérapeutique*, 1865, t. LXIX, p. 407.

se manifester qu'après un temps assez long ; c'est ainsi que, dans une statistique de Ludlow comprenant 23 faits, 14 fois la repullulation du mal s'est faite seulement après 18 mois ou plus. Bien souvent, au contraire, la marche du cancer abandonné à lui-même a été plus rapide, et on peut citer des cas où la maladie a entraîné la mort en 4 mois à partir du moment où elle fit sa première apparition dans le testicule[1]. Il est probable, vu les progrès si prompts de la néoplasie, que, chez mon petit malade, la terminaison fatale n'eût pas attendu davantage, si même elle eût atteint ce terme. L'intervention doit naturellement rencontrer des contre-indications, mais je ne crois pas qu'aucun chirurgien hésite à pratiquer la castration « lorsque la tumeur est nettement limitée à la cavité de la tunique albuginée intacte; lorsque le cordon spermatique est sain ; que les ganglions lombaires ne semblent pas hypertrophiés, que l'état général est satisfaisant; enfin lorsqu'aucun membre de la famille n'a offert d'accidents cancéreux (Giraldès). » Telles étaient précisément les conditions exactes qui se trouvaient réunies chez mon opéré.

Il est, dans les résultats fournis par l'examen microscopique, un point qui mérite d'appeler l'attention à cause de sa singularité. L'infection, au moins dans le début, se fit par les lymphatiques, mais ces vaisseaux ne se montrèrent altérés qu'à une certaine distance de la cicatrice : sur une étendue de 4 centimètres, l'examen microscopique fit voir que tous les éléments du cordon étaient sains. Au contraire, chez les sujets observés par Paget et par Dauvé, la dégénérescence des vaisseaux commençait à partir de la cicatrice. Le fait est donc exceptionnel, mais il n'est pas sans précédent, car Humphry nous apprend qu'il existe, dans le musée de l'hôpital Saint-Thomas de Londres, une pièce analogue dans laquelle le cordon, demeuré sain sur une étendue d'un pouce et demi (5 centimètres) au-dessus du testicule, présentait, à partir de ce point, des noyaux cancéreux[2].

J'arrive maintenant à mon second fait.

Obs. II. — *Carcinome du testicule. — Castration. — Guérison maintenue après 3 ans 1/2.*

Vers le commencement de l'année 1874, M. A..., marchand boucher, consulta mon confrère et ami le Dr Berruyer, pour une tumeur de la bourse gauche, dont le début remontait à deux ans environ. Le malade, en se croisant les jambes, comprima le testicule ; il s'en suivit aussitôt une douleur fort vive, qui persista deux ou trois jours. La bourse se tuméfia, devint rouge, pesante, puis tous ces symptômes

[1] *Medical Times and Gazette*, vol. XIX, p. 258.
[2] *Holmes' system of surgery*, t. V, p. 145 (foot. note).

disparurent et il ne resta plus qu'une tuméfaction légère, avec un point induré. Comme cet état n'entraînait aucune incommodité, M. A... n'y porta point attention ; il se contenta de s'astreindre à l'usage d'un suspensoir et d'employer quelques pommades fondantes. En février 1874, sans cause appréciable, le testicule devint encore le siége de douleurs assez vives ; la tuméfaction fut moins rapide, mais persistante et progressive, la peau demeurant absolument indemne. Le malade, voyant la bourse augmenter d'une manière continue, finit par prendre peur et se décida à demander un conseil médical.

Bien que le malade niât formellement tout antécédent syphilitique, le Dr Berruyer, après avoir écarté l'idée d'une tumeur liquide, conseilla l'iodure de potassium à haute dose ; il prescrivit également des frictions iodurées sur la tumeur. Ce traitement fut suivi trois mois avec régularité ; puis, comme il n'en résultait aucune amélioration, mais qu'au contraire, dans les derniers temps, le testicule avait presque doublé de volume et que les douleurs étaient par instant fort vives, le Dr Berruyer laissa entrevoir la nécessité probable d'une intervention chirurgicale. C'est alors qu'il me fit l'honneur de m'appeler en consultation.

Voici ce que je constatai dans cet examen :

M. A... est âgé de 42 ans ; il est marié et père de deux enfants. C'est un homme de taille moyenne, possédant un certain embonpoint, mais d'ailleurs fort robuste ; tempérament très-nerveux, santé ordinaire, bonne. Il n'existe pas dans la famille d'antécédents cancéreux.

Le testicule droit est sain : il est un peu remonté vers l'anneau.

La bourse gauche est volumineuse et remplie par une tumeur rénitente, élastique dans sa plus grande étendue, donnant même sur certains points une sensation de fausse fluctuation, tandis que sur d'autres, la résistance est ligneuse. Cette tumeur, qui présente le volume du poing, est ovoïde, à grand diamètre dirigé de haut en bas ; son extrémité supérieure approche de l'anneau, mais il est encore possible d'isoler le cordon que le toucher fait reconnaître sain. Il n'existe point de transparence, et la tumeur présente, quand on la soulève, cette pesanteur qu'on a voulu croire caractéristique de productions solides du testicule. La pression ne réveille aucune douleur.

La peau qui recouvre la tumeur est intacte ; on n'y trouve point de vaisseaux volumineux, variqueux.

Les ganglions de l'aine sont normaux des deux côtés.

Le diagnostic était embarrassant. Sans doute le mode de développement de la tumeur qui avait d'abord grossi lentement mais d'une manière progressivement continue, pour prendre tout à coup un accroissement relativement considérable, l'absence de douleur à la pression dans tous les points de la tumeur, ne permettaient point de penser à un orchite chronique : sans doute, en présence de la conservation de la santé générale, de la limitation du mal, en présence de l'intégrité de la peau malgré la durée de l'affection, on ne pouvait admettre qu'on eut affaire à un sarcocèle tuberculeux, et l'inefficacité du traitement spécifique suivi avec assiduité démontrait qu'il ne s'agissait pas

davantage d'une lésion syphilitique. Pouvait-on avec plus de fondement conclure à l'existence d'une hydrocèle ancienne à parois épaisses et dures ? Mais la résistance est moins grande, la légèreté caractéristique est tout à fait différente de la sensation de poids que donnait la tumeur ; enfin, à aucun moment on n'avait constaté ni fluctuation, ni transparence. Si l'on se rangeait à l'hypothèse d'une tumeur liquide, l'hématocèle seule était susceptible de présenter le tableau clinique qui s'observait chez notre malade : même la dureté partout superficielle de la tumeur (alors que, d'après Gosselin, « dans les tumeurs solides, il y a toujours quelque endroit, particulièrement en avant, au niveau duquel on déplace une couche liquide, avant de rencontrer la résistance du testicule ») son indolence prolongée, d'une part, et d'autre part l'état sain du cordon et des ganglions inguinaux, la santé générale demeurée parfaite, donnaient plus de motifs d'admettre une hématocèle avec vaginalité exsudative et pseudo-membraneuse qu'une néoplasie maligne.

Une ponction explorative devait mettre fin à tous les doutes. Je la pratiquai avec un trocart de trousse : elle ne donna lieu qu'à l'issue de quelques gouttes de sang, et je sentis parfaitement que la pointe de l'instrument pénétrait dans un tissu dense, résistant.

Nous avions donc affaire à une tumeur solide, et le diagnostic par exclusion auquel nous nous étions livrés nous autorisait à la regarder comme étant de celles dont l'extirpation ne saurait être différée.

Le malade, prévenu de l'urgence d'une opération, l'accepta en principe, mais demanda à prendre l'avis d'autres chirurgiens. En conséquence, une consultation nous réunit, le Dr Berruyer et moi, avec MM. les Drs Oré et Labat. Ces confrères partagèrent notre avis sur la nature du mal, et, après quelques réserves sur l'avenir, jugèrent l'opération indispensable.

Il n'y avait plus aucun motif de la retarder et elle eut lieu le lendemain de la consultation (20 mai 1874).

Le malade étant chloroformé, une incision, comprenant toute l'épaisseur des parois du scrotum, est pratiquée sur la partie antérieure de la tumeur et prolongée un peu en arrière. La pression fait alors saillir la masse du testicule dégénéré, qui est facilement détaché de ses adhérences. Le cordon, que l'on reconnaît être sain, est étreint dans une ligature et sectionné au-dessous. L'hémorrhagie est peu abondante, cependant on applique deux ligatures sur de petites artérioles de la cloison du dartos. Ces fils, ainsi que ceux du cordon, sont ramenés vers la partie déclive. Trois points de suture réunissent la partie supérieure de l'incision : la plaie, dans le reste de son étendue, est bourrée de charpie. Pansement avec charpie à plat et quelques compresses que l'on recommande d'arroser avec de l'alcool camphré coupé d'eau.

La tumeur, après son extirpation, mesurait 12 centimètres de long sur 7 centimètres de large : elle pesait 392 grammes. Elle est parfaitement limitée et enveloppée de toutes parts par la vaginale dont il est impossible de séparer les deux feuillets, adhérents l'un à l'autre par

de fausses membranes. La tumeur est ovoïde, à surface lisse, sans bosselures ; la consistance n'est pas uniforme sur tous les points, et de loin en loin on constate une fausse fluctuation.

Le cordon est sain dans tous ses éléments ; il peut être suivi, dans une certaine étendue, sur la surface postéro-supérieure de la tumeur, où il se perd.

Sur une coupe pratiquée suivant le grand axe de la tumeur, l'albuginée paraît intacte mais amincie. L'épididyme est confondu dans la masse de la tumeur. Celle-ci est formée par un tissu d'aspect blanchâtre, dense et résistant sur certains points, jaune et ramolli sur d'autres. Le raclage permet de recueillir une grande quantité de suc opalescent.

A l'examen microscopique, ce tissu est constitué par des travées très-fines, adénoïdes, formant de petites alvéoles que remplissent une foule de cellules rondes à noyau volumineux et clair. Dans la partie où le tissu offrait la plus grande densité, les travées sont plus épaisses et les cellules volumineuses présentent différents prolongements. Il s'agissait évidemment d'un carcinome qui, par sa richesee en cellules et la délicatesse de son stronca, appartenait à la variété eucéphaloïde.

Éclairés dès lors sur la nature véritable de la néoplasie que, malgré certains signes, l'absence de tout accident général ou de voisinage nous avait empêchés de juger absolument maligne, nous fîmes part à la famille de nos inquiétudes sur l'avenir et annonçâmes la possibilité d'une récidive.

Cependant les suites immédiates de l'opération furent bonnes : il n'y eut pas de douleurs ; la réaction fut modérée. Dès le deuxième jour, la suppuration s'établit avec abondance, et au sixième, la plaie était réunie dans sa partie supérieure. Ce même jour, les ligatures des vaisseaux tombèrent spontanément.

A ce moment, le Dr Berruyer, qui avait jusque-là dirigé seul le traitement, fut obligé de quitter Bordeaux et me confia le soin de voir l'opéré.

Dès ma première visite (27 mai), celui-ci accusa, au niveau du cordon, une douleur analogue à celle qu'il éprouvait dans le testicule avant l'opération. J'examinai aassitôt la région et trouvai, au niveau du canal inguinal, une tuméfaction du volume d'une noisette, un peu oblongue, suivant la direction de ce conduit, peu douloureuse à la pression, mais d'une grande consistance. A cette vue, mes inquiétudes devinrent vives et je ne doutai plus d'une récidive locale. Pour satisfaire le malade, je prescrivis des frictions iodurées, mais sans compter le moins du monde sur un résultat favorable.

Dans cet intervalle, la tuméfaction s'accrut et atteignit bientôt le volume d'une noix. Sentant combien ma responsabilité était grande vis-à-vis d'un malade dont je n'étais chargé que par intérim, j'appelai en consultation les mêmes chirurgiens qui avaient déjà vu M. A... Leur opinion fut conforme à la mienne, et la famille fut officiellement avertie que nos craintes se réalisaient et que la maladie revenait sur place.

Cependant le bourgeonuement continuait dans de bonnes conditions ; la plaie se comblait activement ; la suppuration, un peu diminuée d'abondance, présentait le caractère le plus louable.

De 12 juin, *la ligature du cordon se sépara* et put être enlevée.

Le 17 juin, la plaie était presque entièrement comblée et la peau seule restait à cicatriser.

A partir de ce jour, la tuméfaction du cordon commença à diminuer, les douleurs disparurent, et le 30 juin, M. A... pouvait être considéré comme entièrement guéri.

Il fut pendant quelque temps tenu à un régime tonique, ferrugineux, et à l'usage de pilules de ciguë. Débarrassé de toute préoccupation au sujet de sa santé, il reprit ses occupations, qui sont nombreuses, avec la même activité qu'il y déployait autrefois.

J'ai pu suivre M. A..., dont je suis devenu le médecin ordinaire, depuis le départ de mon collègue le Dr Berruyer. Sa santé est parfaite ; il n'existe aucune tuméfaction, aucune douleur du côté de la cicatrice, ni du cordon. Les ganglions sont normaux. En juin 1877, trois ans après l'opération, M. A... est devenu père d'un beau garçon.

Si mes tristes prévisions, un instant démenties par les résultats de l'examen microscopique, se réalisèrent malheureusement dans leur entier chez mon premier malade, elles furent, cette fois, démenties par l'événement, alors que la nature du mal semblait annoncer une malignité toute spéciale, et que ce pronostic fatal avait un moment paru trouver sa confirmation dans les accidents locaux développés à la suite de l'opération. Certes, quand le cordon commença à se tuméfier, quand le malade accusa en ce point les mêmes douleurs dont s'était accompagné le développement de la tumeur primitive, il n'est pas un chirurgien qui n'eût accepté l'idée d'une récidive : telle fut, en effet, l'opinion à laquelle se rangèrent ceux que j'appelai en consultation. Et cependant il ne s'agissait que d'une tuméfaction inflammatoire, due à l'étranglement du cordon par la ligature en masse. Cette hypothèse ne me vint pas immédiatement à l'esprit : se fût-elle présentée, je l'eusse écartée tout aussitôt, pour me rattacher au cas le plus probable, celui d'une récidive immédiate. La guérison d'un cancer vrai (et le microscope ne nous avait pas permis le moindre doute à cet égard) est en effet une terminaison tellement improbable qu'il n'était pas possible de la faire entrer en ligne de compte : elle se produisit cependant et aujourd'hui (26 janvier 1878), plus de 3 ans 1/2 après l'opération, M. A... continue à demeurer exempt de tout accident consécutif. Mais faut-il ne voir dans cette immunité inattendue qu'un répit momentané accordé par le mal ou une guérison définitive ? La réponse à cette question ne saurait être formulée d'une manière absolue. Il n'est pas sans exemple que l'affection cancéreuse, après un répit de plusieurs années, reparaisse

tout à coup dans un ou plusieurs organes et entraîne la mort d'un sujet que l'on regardait comme à l'abri de tout danger. Ce retour a même pu avoir lieu au bout d'un laps de temps considérable, et Ludlow, dans la statistique déjà citée, fait entrer un cas où la récidive ne se montra qu'*après dix ans*. Toutefois c'est là un fait exceptionnel qui ne saurait fournir une base d'appréciation, et on compte, d'autre part, dans la science, des faits bien authentiques où la guérison s'est maintenue au delà même de ce terme ultime. Un malade de Curling demeurait guéri plus de 10 ans après l'opération, et un opéré de César Hawkins, revu au bout de 12 ans, n'avait pas été moins heureux [1]. Il est encore possible de rapporter d'autres faits, qui, bien qu'observés pendant un moindre laps de temps, ne laissent pas que d'être intéressants à mon point de vue. Baring, de Hanovre, donne l'histoire de 4 malades opérés par Bust, Langenbeck et Hagedom (de Stade) et qui ne présentaient aucune trace de récidive, deux au bout de 5 ans, un au bout de 3 ans et le quatrième au bout de 2 ans [2]. Brodie apprit qu'un de ses opérés était bien portant après l'opération. Velpeau signale un malade comme guéri au bout de 6 ans [3]. Au bout du même laps de temps, un malade auquel Cock avait enlevé le testicule pour un cancer médullaire, était en bonne santé et partait pour l'Australie [4]. Humphry a revu, au bout de 4 ans, un malade ayant subi la castration pour une tumeur de même nature [5]. Tous ces chirurgiens regardaient leurs malades comme guéris, et j'avoue que je professe au sujet de mon opéré le même pronostic favorable. De tels exemples sont, on en conviendra, de nature à rendre le chirurgien moins hésitant à intervenir, même dans le cas d'une tumeur que tout l'autorise à juger maligne. Sans doute, même au bout de 4 ans, 6 ans, la récidive est encore possible, mais n'eût-on obtenu d'autre résultat que de conserver pour ce temps au malade l'existence dans les conditions de la santé normale, est-ce donc là un mince encouragement? J'insiste sur ce fait, car quelques chirurgiens, découragés par les insuccès qui ont marqué le début de leur pratique, renoncent plus tard à opérer, privant ainsi leurs malades des résultats possibles, bien que rares, de l'intervention chirurgicale.

La comparaison des deux faits qui précèdent serait peut-être de nature à légitimer quelques réflexions critiques sur l'utilité du microscope au point de vue de l'histoire pronostique des tumeurs;

[1] Curling, *l. c.*, p. 401.
[2] Curling, *l. c.*, p. 402.
[3] Velpeau, *Traité des maladies du sein*, 2e édition, p. 30.
[4] *Med. Times and Gazette*, vol. XIX, p. 287.
[5] *Holmes's system of surgery*, t. V, p. 145.

mais je craindrais de faire ici une part trop large au raisonnement, et je préfère me contenter de reproduire l'opinion de M. le professeur Verneuil. Les paroles ont été souvent rappelées, mais je ne pense pas qu'une vérité perde à être répandue. « Si l'usage de plus en plus répandu du microscope a permis d'établir sur des bases de plus en plus certaines les classifications des tumeurs, si cet instrument précieux a servi à établir des variétés nouvelles ou inconnues, il reste encore, dit le savant professeur, d'importantes lacunes à combler, et je mets au premier rang l'histoire chimique des productions morbides confondues autrefois sous le nom générique de cancer. Tout le monde sait aujourd'hui que c'est un instrument d'exploration qui ne tranche nullement les questions d'étiologie, de marche, de traitement ; c'est donc aux cliniciens à remplir ce vide et à observer, une structure étant constatée, ce que deviendront le malade et la maladie, quel moyen conviendra pour amener la guérison, et enfin si celle-ci est possible, probable ou inespérée [1]. »

M. F. Guyon. Dans le mémoire qui vient de nous être lu, M. Parrisot cite un malade que j'ai opéré et dont l'observation a été recueillie par M. Zambianchi. Cet opéré a survécu 18 mois et a succombé à une récidive dans l'abdomen.

Présentation de pièce.

M. Ch. Périer. J'ai l'honneur de présenter une pièce de luxation du maxillaire inférieur chez une femme de 65 ans.

La luxation était double, mais je n'ai pu enlever qu'un seul côté.

Je ferai observer que l'apophyse coronoïde ne s'accrochait pas à l'os malaire.

Je veux faire remarquer l'intégrité des ligaments qui étaient seulement très-distendus.

La dissection sera complétée et je donnerai une description complète de cette pièce.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le secrétaire,
Horteloup.

[1] Dauvé, *l. c.*, p. 309.

Séance du 20 mars 1878.

Présidence de M. F. Guyon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu est adopté.

Correspondance :

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine : Les *Archives de médecine navale*, les *Annales de Gynécologie,* le *Bulletin général de thérapeutique ;*

2° Le *Sud médical,* la *Gazette médicale de Bordeaux*, l'*Avenir médical du Nord de la France*, le *Lyon médical*, le *Bordeaux médical,* la *Revue médicale de l'Est*, les *Mémoires et Comptes rendus de la Société des sciences médicales ;*

3° *Medizinische Jahrbücher* redegirt Von S. Stricker de Vienne, la *Gazette de santé militaire de Madrid*, la *Chronique médico-chirurgicale de la Havane*, the *British medical Journal*, la *Gazette médicale Italienne-Lombarde ;*

4° Une note du Dr Landolt sur l'*Extraction d'un entozoaire de l'intérieur de l'œil.*

(*Commission :* MM. Giraud-Teulon, Périer et Terrier.)

5° Une lettre de M. le Dr Paul Berger qui adresse une demande à l'effet d'être inscrit sur la *liste des candidats* à la place de membre titulaire.

A l'occasion du procès-verbal, plusieurs membres demandent la parole pour répondre au mémoire sur les tumeurs du testicule dont lecture a été donnée, dans la précédente séance, au nom de M. Poinsot.

M. Verneuil. M. Poinsot, le jeune et laborieux confrère que vous avez récemment admis dans vos rangs, vous a adressé deux observations suivies de remarques sur la valeur pronostique des renseignements fournis par l'examen des tumeurs au microscope, puis sur la gravité particulière des enchondromes du testicule, et en général de tous les néoplasmes de la même glande chez les jeunes enfants.

Il y a dans cette communication des faits qui méritent un examen sérieux et peuvent devenir le point de départ de débats, intéressants.

Deux fois le microscope a démenti le pronostic porté par M. Poinsot qui paraît pour cela lui en conserver quelque rancune. Dans le

premier cas, il s'agissait d'un tissu morbide réputé bénin, l'enchondrome; ce qui n'a pas empêché le mal de repulluler et de se généraliser avec une extrême rapidité.

Dans le second, le microscope avait dit *cancer:* on devait donc s'attendre à une évolution fatale dans un bref délai, et voilà qu'après trois années l'opéré est encore bien vivant.

De là un doute émis sur l'utilité de l'histologie.

J'avoue qu'il est fâcheux d'émettre des prévisions que la suite ne confirme pas; mais je pense que notre collègue, avant d'intenter un procès au microscope, aurait dû réunir plus de deux faits et les choisir surtout plus concluants.

En effet la première tumeur étant cartilagineuse, on la croit bénigne par cela même; c'était un grand tort; on a pu jadis attribuer à tous les chondromes une innocuité qui n'appartient qu'à un certain nombre d'entre eux, ceux de la main par exemple. Mais depuis bien longtemps on a reconnu que les variétés glandulaires étaient graves, que la plupart des tumeurs cartilagineuses du testicule étaient mixtes, renfermaient plusieurs tissus et finalement se comportaient à peu de chose près comme le cancer. De plus le néoplasme en question avait eu un développement très-rapide et s'était montré chez un très-jeune enfant; double circonstance qui, abstraction faite de la constitution histologique, devait assombrir le pronostic et permettre d'annoncer ce qui eut lieu en effet, c'est-à-dire la récidive et la généralisation.

En réalité, dans ce cas, le microscope n'a point trompé le clinicien; celui-ci s'est trompé lui-même, ce qui est arrivé, arrive, et arrivera bien des fois encore.

Réflexions analogues pour le second cas. La tumeur était cancéreuse et n'avait point encore récidivé au bout de 3 ans. Tout autre avait été le pronostic porté immédiatement d'après l'examen microscopique.

Admettons que le fait soit rare, il n'est point unique, j'ajoute même qu'il ne me surprend pas. N'oublions pas que le malade avait 42 ans et que sa tumeur affectait une marche lente datant de 2 années déjà. Or le sarcocèle est une affection de la jeunesse; c'est de 20 à 30 ans qu'il se présente le plus souvent, qu'il marche le plus vite et récidive le plus promptement. Quand on s'approche de l'âge mûr il prend des allures plus calmes sans cesser cependant d'être toujours aussi grave.

D'ailleurs si d'une manière générale le cancer opéré repullule bientôt, les limites extrêmes de la survie post-opératoire sont assez étendues, variant de quelques mois à quelques années; c'est même l'espoir d'un long répit possible qui justifie le plus souvent l'intervention chirurgicale. M. Poinsot est tombé sur un de ces cas favo-

rables ; je ne dis pas qu'il le regrette, mais il semble avoir éprouvé une certaine désillusion dont il se venge sur l'histologie.

En somme je pense que dans ces deux cas on ne saurait reprocher grand'chose au microscope, si ce n'est de n'avoir point servi à porter un pronostic dont les éléments se trouvaient mieux dans les caractères cliniques. En parlant ainsi je ne renie nullement les opinions que j'ai défendues autrefois, et je signerais encore la phrase que M. Poinsot a bien voulu m'emprunter. J'ai pensé, dit et écrit il y a plus de 15 ans que la marche et les terminaisons, que la bénignité et la malignité des tumeurs, ne dépendent pas directement de leur composition élémentaire ; je répète à tout venant que l'étude clinique et les renseignements histologiques doivent marcher parallèlement, se contrôler et se confirmer sans cesse, et c'est précisément pour cela que je continue à soutenir les tendances de l'école française telle que l'avaient constituée Lebert, Robin, Follin, Broca et un peu moi-même contre celles d'une école rivale qui sans doute a creusé plus profondément la partie histologique, mais sans prendre souci de l'observation au lit du malade. C'est pour cela encore que je verrais avait regret M. Poinsot engagé comme il l'est dans les bonnes voies scientifiques, douter un peu trop, sous prétexte qu'il n'est pas infaillible, d'un instrument qui a rendu et rend encore de si grands services à la pathologie.

D'ailleurs, je puis montrer que le microscope, en ce qui concerne les tumeurs testiculaires, n'a pas dit son dernier mot. On trouvera dans une longue et patiente série de recherches entreprises dans ces dernière années par M. le Dr Nepveu (*Contribution à l'étude des tumeurs du testicule*, 2e édit., 1875), plusieurs faits tendant à démontrer qu'il y a des distinctions à faire dans l'antique classe des sarcocèles dits cancéreux, et qu'à des différence de structure répondent des différences notables dans la gravité.

Premier cas.—Il s'agissait d'un *cystosarcome avec tumeurs perlées et nodules de cartilage.* Le sujet était un étudiant en médecine qui avait eu jadis la syphilis, mais qui avait été soumis au traitement spécifique sans amélioration de la tumeur locale. L'opération fut faite en janvier 1870. Jusqu'à ce jour la guérison ne s'est pas démentie.

2e *cas.* — *Tumeur fibro-plastique avec épithélioma canaliculaire.* Opéré en 1872. Resté guéri en 1875.

3e *cas.* — Homme de 61 ans. La tumeur datait de plus de 4 ans quand elle fut enlevée. L'examen histologique donne pour résultat : *Sarcome médullaire lymphoïde.* Opération le 22 novembre 1871. 2 ans après, il n'y avait pas de récidive.

4e *cas.* — Officier de marine ; tumeur datant de 3 ans 1/2, en-

levée en décembre 1872 ; c'était une *tumeur embryoplastique*. Jusqu'ici point de récidive.

5e *cas*. — Encore un sujet de 51 ans, dont la lésion datant de trois ans. Opération le 17 septembre 1873. C'est un *sarcome lymphoïde* ou *tumeur embryoplastique*. En mars 1875, le patient se portait très-bien.

6e *cas*. — Encore une *tumeur embryoplastique* enlevée à la fin de 1873. Malade revu depuis en parfait état de santé.

Mais à côté de ces cas évidemment très-favorables, les tumeurs dans lesquelles on a trouvé les caractères histologiques du cancer ont donné lieu à une récidive et à une généralisation très-promptes. Je n'ai pas malheureusement de relevé statistique complet sur mes castrations, mais je puis affirmer qu'au temps où j'avais le loisir d'examiner moi-même au microscope les tumeurs que j'enlevais, et plus tard encore quand je faisais faire l'examen par divers internes très-versés dans l'histologie, j'ai presque sans exception vu mourir vers la fin de la première année, sinon plus vite, les malheureux atteints du vrai cancer.

J'ai cependant recueilli deux exceptions fort remarquables ; je dois d'autant plus les faire connaître que le diagnostic de cancer avait été porté par d'autres confrères, qu'il fut confirmé par le microscope, et que cependant les opérés survivent depuis de longues années et se portent parfaitement bien aujourd'hui.

Voici l'analyse sommaire de ces deux faits.

X..., employé de commerce, 25 ans, avait contracté la syphilis, dont il avait été soigné par MM. Ricord et Fournier. Le testicule se prend ; on administre des doses considérables d'iodure de potassium, sans succès. La tumeur est très-volumineuse et très-douloureuse par intervalles. La santé s'altère. MM. Ricord et Fournier conseillent la castration sans retard. X... entre dans mon service à l'hôpital du Midi au commencement de 1865. Je l'opère.

La tumeur doit son volume considérable à de nombreux foyers hémorrhagiques creusés au milieu de la masse morbide qui à l'œil nu et au microscope présente les caractères de l'encéphaloïde ramolli.

La plaie opératoire guérit sans accidents. L'année suivante X... rentre dans mon service à l'hôpital Lariboisière. La cicatrice est intacte. Mais une tumeur du volume du poing d'un adulte occupe la fosse iliaque interne; elle est douloureuse, rénitente, immobile, sans changement de couleur à la peau; elle s'est montrée quelques semaines auparavant et fait d'assez rapides progrès. Je diagnostique sans hésiter une récidive, bien que la santé générale soit

passablement conservée et je refuse toute opération immédiate, disant au malade, que je voulais consoler, qu'il s'agissait d'un abcès qu'on pourrait ouvrir plus tard.

X..., malgré toutes mes instances, quitta le service, de sorte que je le crus mort. Deux ans plus tard j'en parlais devant mes élèves, lorsque l'un d'eux m'affirma qu'il connaissait très-bien mon patient, qu'il l'avait vu récemment en très-bonne santé et s'offrit d'ailleurs à me faire constater la cure.

X..., en effet, revint me voir et me raconta que la tumeur s'était ouverte peu de temps après sa sortie de l'hôpital, et qu'il n'avait osé revenir me voir après m'avoir quitté brusquement et contre ma volonté. Les cicatrices du scrotum et du pli de l'aine étaient très-saines; la fosse iliaque n'offrait aucune induration; l'état général était excellent. X... dirigeait un petit commerce dans le quartier Saint-Martin. Je l'ai revu encore en 1869, et j'ai eu de ses dernières nouvelles il y a 3 ou 4 ans. Je puis donc affirmer qu'au bout de 10 ans il n'y avait pas eu de récidive.

Voici le second cas.

Un architecte, jeune, bien constitué et bien portant, fut jadis atteint de syphilis. Un testicule se tuméfie. MM. Ricord et Fournier instituent un traitement qui reste impuissant et conseillent la castration que j'exécute en 1866. La tumeur était régulièrement ovoïde, du volume d'un œuf de dinde, peu douloureuse spontanément, insensible au toucher; à la coupe le tissu était d'un blanc rosé uniforme, très-comparable à la pulpe cérébrale de l'enfant. Au microscope, innombrables noyaux ovales, volumineux, à contours minces, munis de 2 ou 3 gros nucléoles brillants. C'était donc bien l'encéphaloïde classique.

La guérison se fit rapidement. Au jour présent elle ne s'est pas démentie. Je n'ai jamais perdu de vue le sujet en question, que M. Fournier de son côté a toujours suivi.

J'ai toujours cru, dans ces deux cas, avoir eu affaire à des tumeurs cancéreuses, les ayant examiné moi-même au microscope. Je dois cependant faire une réserve.

En 1865 et 1866 nous ne connaissions guère qu'une espèce de tumeurs malignes du testicule, le cancer. A peine quelques auteurs parlaient alors d'épithélioma ou de sarcome. La variété décrite aujourd'hui sous le nom de tumeur lymphoïde, peu ou point connue, était sans doute confondue avec ce que nous regardions alors comme le type de l'encéphaloïde et que nous appelions cancer nucléaire, parce que la plus grande partie de la tumeur était constituée par des éléments petits nageant en grande quantité dans un suc crémeux abondant. Il nous arrivait souvent aussi, à cette épo-

que, d'examiner uniquement le suc en question obtenu par le raclage et de négliger de faire des coupes destinées à montrer la disposition réciproque des éléments celluleux et autres. J'ai peut-être commis cette erreur.

A cette époque encore on affirmait aisément le cancer d'après un autre critérium, savoir l'insuccès de l'iodure de potassium donné à de fortes doses. Mes deux malades avaient été traités aussi bien que possible par MM. Ricord et Fournier qui, tous deux, devant l'échec de leur médication, avaient jugé la castration indispensable. Je ne pus que partager leur opinion. J'ai rencontré depuis un fait qui m'a rendu moins confiant dans ce signe négatif tiré de l'impuissance de l'iodure de potassium.

Un adulte robuste et bien bâti me fut amené par un médecin de mes amis pour être reçu dans mes salles et y subir la castration. Il portait une tumeur testiculaire qui avait résisté à tout traitement et en particulier à des doses massives d'iodure de potassium.

C'était un de ces cas où les caractères de la tumeur ne permettent point de se prononcer entre l'hématocèle, le sarcocèle et le syphilôme. (Cet embarras existe bien réellement, car dans mon service, il y a 2 ans, j'ai, après un examen cependant bien approfondi, enlevé un syphilôme croyant opérer un type de cancer.) Le patient n'étant pas bien sûr d'avoir eu auparavant la vérole, il me demanda à ne subir l'opération que 2 ou 3 semaines plus tard, pour raisons d'affaire. J'accédai à son désir, et pour occuper son temps je lui prescrivis un peu au hasard quelques centigrammes de sublimé. Au bout de 15 jours, la tumeur avait diminué d'un tiers ; un mois après, tout avait disparu.

Ces faits, on le comprend, m'ont rendu fort circonspect en matière de diagnostic et de pronostic ; ils prouvent d'abord que l'iodure de potassium peut rester sans effet sur le syphilôme testiculaire, et qu'il faut bien se garder de pratiquer la castration avant d'avoir tâté le mercure pour peu que la nature du mal soit douteuse. Ils démontrent aussi qu'après l'insuccès de la médication spécifique l'opération peut encore donner de bons résultats et procurer sinon des guérisons radicales, au moins des trêves indéfinies.

Mais en revanche les recherches histologiques récentes nous forcent à revenir sur le diagnostic anatomique du sarcocèle, pour savoir si à côté du cancer vrai n'existerait pas une variété plus bénigne, non syphilitique pourtant, et susceptible d'être guérie par la castration.

J'ajouterai quelques mots sur les néoplasmes testiculaires observés chez les très-jeunes enfants. J'ai vu deux cas de ce genre qui justifient entièrement ce que M. Poinsot pense de leur gravité.

Le premier a été observé en 1868 chez un enfant d'un an dont le

testicule avait été exposé à un fort tiraillement. Peu de temps après la glande s'était tuméfiée et accrue si rapidement qu'elle présentait quelques semaines plus tard le volume d'un gros œuf de dinde. Je fis la castration qui guérit sans accident. La pièce fut présentée à la Société anatomique (*Bull.*, 1868, p. 233), malheureusement sans description. On se borne à dire que le microscope y découvrit de nombreux corps fusiformes et des faisceaux de tissu fibreux sans mélange de tubes céminifères; il ne s'agissait donc point d'un testicule syphilitique, qu'on sait maintenant, d'après les recherches de MM. Obédénare, Hutinel, etc., moins rare dans la première enfance qu'on ne le croyait jadis.

Une année ne s'était pas écoulée que l'enfant succombait à une généralisation dans les viscères.

Le second cas est de date récente.

Un de mes anciens élèves et amis, le Dr Gauthey, de Saint-Germain-en-Laye, m'envoya vers la fin de 1876 un tout jeune enfant atteint de tumeur testiculaire. Je jugeai le mal de mauvaise nature et conseillai formellement la castration. Celle-ci fut pratiquée par M. Gauthey en janvier 1877. Les suites en furent excellentes, et tout paraissait aller à souhait lorsqu'au mois de novembre suivant l'enfant ayant fait une chute, on constata un gonflement de l'abdomen avec fièvre, vomissement, et tous les signes d'une péritonite traumatique.

M. Gauthey appelé quelques jours plus tard reconnut une tuméfaction du foie et des ganglions mésentériques, certainement antérieure à la chute, et que la contusion a vait manifestement atteinte et aggravée. Le foie continua à grossir ; l'enfant dépérit de plus en plus et finit par succomber en janvier 1878, un an après la castration. L'autopsie ne fut pas permise.

M. Desprès. Avant d'examiner les diverses questions soulevées par M. Poinsot et par M. Verneuil, je désire exprimer le regret de n'avoir pas entendu prononcer le nom de M. Conches dans le mémoire de M. Poinsot. M. Conches a fait une thèse sur les maladies du testicule, dans laquelle se trouvent des faits très-intéressants et, surtout, une étude de la maladie kystique du testicule que M. Conches range, avec preuves à l'appui, dans les cancers; de plus, il a montré que la marche dépend de l'organisation de la tumeur, et qu'il existe des chondromes récidivant vite, et d'autres très-lentement.

Je partage l'opinion de M. Verneuil sur la gravité du cancer chez l'enfant. Pendant mon internat, j'ai vu une tumeur du testicule, chez un enfant de 5 ans; cette tumeur datait de 8 mois. M. Nélaton, qui examina l'enfant, trouva, dans l'abdomen, une tu-

meur ganglionnaire; il refusa d'opérer. Chez un jeune enfant que l'on me fit voir à Cochin, je ne trouvai pas de ganglions, mais il y avait eu un dépérissement rapide; aussi je refusai d'enlever la tumeur du testicule.

Je regarde le cancer des viscères comme ayant, chez les enfants, une marche excessivement rapide, et une tendance effrayante à envahir les ganglions; ainsi, on voit souvent le cancer de l'œil, des mâchoires (sarcome à petites cellules), entraîner la mort en 6 ou 8 mois.

Pour ce qui est de la récidive du cancer du testicule chez les adultes, je ne partage pas entièrement les opinions de M. Verneuil. Je crois qu'il y a des cancers récidivant moins vite les uns que les autres.

J'ai vu, chez M. Velpeau, en 1861, un garçon de magasin, âgé de 32 ans, qui avait une tumeur du testicule grosse comme le poing; M. Velpeau l'opéra; la pièce fut examinée par M. Robin qui trouva un squirrhe (cellules en raquette) développé dans le corps d'Hygmore. Malgré le pronostic que semblable examen pouvait faire porter, le malade se portait très-bien en 1874. Depuis 1872, j'ai opéré cinq individus atteints de tumeurs du testicule, trois à Cochin, deux en ville.

Un de ces malades avait une tumeur adénoïde; il mourut d'une angine de poitrine sans trace de généralisation.

En 1874, j'opère un homme de 40 ans; sarcome à petites cellules, récidive au bout d'un an. Tumeurs dans le poumon (fait publié dans les *Bull. de la Soc. anatomique,* 1875).

En 1875, je fus consulté pour un testicule arrêté à l'anneau, devenu cancéreux depuis 8 mois; je l'enlevai et l'examen microscopique montra un sarcome alvéolaire; en 1878, la santé était excellente.

Des deux autres malades, l'un était un homme âgé de 36 ans, avec un sarcome à cellules moyennes; la récidive commença 6 mois après l'ablation.

Le second était âgé de 34 ans, il portait un sarcome à petites cellules; opéré en 1875, il n'a pas eu encore de récidive.

En résumé, sur quatre malades suivis; un n'a pas eu de récidive après 3 ans, un second après 2 ans, et deux ont succombé en moins de 1 an.

Je crois donc, comme je le disais, que la récidive n'est pas toujours aussi rapide que l'on semble l'admettre, et je regarde ces résultats comme devant engager le chirurgien à ne pas hésiter à opérer.

Au point de vue du procédé opératoire, je ne puis accepter la

ligature en masse du cordon que conseille M. Poinsot. La ligature en masse a été suivie, dans un cas, de tétanos.

M. Panas. J'ai vu souvent des tumeurs du testicule ayant l'aspect du cancer guérir sans opération.

J'ai eu, dans mon service, en 1873, un homme porteur d'un énorme testicule que je diagnostiquai cancer, mais avant de l'opérer je voulus, comme je le fais toujours, essayer l'iodure de potassium. Le malade en prit 2 puis 4 grammes par jour, sans obtenir le moindre résultat, et je me disposais à faire l'ablation, lorsque je voulus essayer du traitement mercuriel. Je fis faire des frictions mercurielles, et je fus très-surpris de voir s'effectuer une rapide transformation, en 15 jours, qui fut suivie d'une guérison complète.

Je reste convaincu qu'un grand nombre de tumeurs du testicule qualifiées cancer, n'en sont pas, et qu'elles sont justiciables du mercure, aussi ne faut-il pas se contenter, avant d'opérer, de l'administration de l'iodure de potassium.

Je regarde comme une erreur d'admettre qu'il y a deux modes de traitement syphylitique: un pour les accidents secondaires, un pour les accidents tertiaires. Aujourd'hui il est bien prouvé que les accidents à infiltration plastique de la syphilis peuvent guérir par les préparations mercurielles, et le meilleur mode d'administration consiste dans des frictions.

M. Forget. Je ne veux pas entrer dans la question du diagnostic des tumeurs du testicule, car cette question est malheureusement toujours très-obscure. Je veux seulement insister sur l'existence de certaines tumeurs du testicule et même des os qui résistent à l'iodure de potassium, et cèdent à l'emploi du mercure.

J'ai donné des soins à un malade qui présentait des accidents de cette nature; ce malade, qui avait été traité par les premiers syphiliographes, avait pris des doses considérables d'iodure de potassium, sans obtenir le moindre résultat. J'étudiai, avec soin, l'histoire de ce malade ; j'appris, qu'au début de cette affection, il n'avait pas fait de traitement mercuriel régulier, et je fus amené à penser que l'on avait pas ainsi annihilé la spécificité syphilitique. Je mis ce malade aux pilules de Dupuytren, et la guérison fut complète. Depuis, j'ai eu l'occasion de retrouver plusieurs cas semblables, et je crois qu'il est indispensable de soumettre les malades au traitement par le mercure.

M. Desprès. Je n'avais pas voulu parler du diagnostic des tumeurs du testicule, craignant d'être entraîné trop loin. Je veux cependant dire que jamais je n'ai rencontré de difficultés pour faire

le diagnostic différentiel du cancer et de la syphilis, mais je me hâte d'ajouter que je n'ai jamais rencontré de testicules, présentant les descriptions que l'on trouve dans les ouvrages de syphilis. On décrit beaucoup de maladies sous le nom de testicule syphilitique, mais je n'ai jamais vu donner un signe positif pour reconnaître un testicule syphilitique.

Le cancer marche lentement, petit à petit, il amène de l'amaigrissement et s'accompagne toujours de douleurs lancinantes, aussi j'affirme n'avoir jamais eu le moindre doute.

Quant à la valeur des observations publiées sous le titre de tumeur syphilitique du testicule, le fait suivant me paraît en donner la preuve. Un malade, dont l'observation a été publiée, se présente avec une tumeur du testicule, dans le service de M. Guyot, qui diagnostique un testicule syphilitique; il fut soumis au traitement mercuriel, et l'amélioration parut assez sérieuse pour que la pancarte portât, à sa sortie, le mot de guérison. Un an après sa sortie, cet homme entrait dans le service de M. Mauriac, pour y succomber à un cancer généralisé.

Je crois qu'avant d'admettre la guérison il faut suivre longtemps les malades.

M. Verneuil. M. Desprès nous dit que le diagnostic du testicule syphilitique ne présente jamais de difficultés, il vient, cependant, de nous donner la preuve du contraire, puisqu'un malade fut considéré, pendant plusieurs années, par des hommes compétents, comme atteint de testicule syphilitique, lorsqu'il avait un cancer qui a fini par l'emporter.

Je soutiens que le diagnostic des tumeurs syphilitiques du testicule est parfois difficile sur le vivant, mais, au contraire, très-facile, lorsque l'on a la pièce en main. J'ai exposé, ici, l'erreur du diagnostic que j'avais commise dans un cas semblable; erreur qui ne fut pas de longue durée, lorsque j'eus incisé le testicule.

Sur le vivant, j'affirme que rien n'est plus délicat que le diagnostic entre les petites hématocèles, le sarcocèle et le testicule syphilitique unilatéral, d'autant plus que, pour moi, l'inefficacité de l'iodure de potassium n'est pas la preuve d'une tumeur non syphilitique.

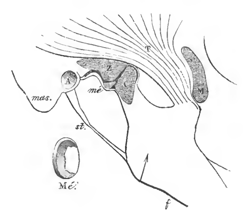
M. Desprès. Pour moi, je trouve une différence tellement tranchée, entre le début du cancer et de ce que l'on appelle testicule syphilitique, que je ne crois pas qu'il puisse y avoir doute.

M. Verneuil. Je ne puis admettre une semblable opinion.

M. Ch. Périer. J'apporte à la Société l'observation complète de

la malade dont j'ai présenté la luxation du maxillaire inférieur, dans la dernière séance.

Une femme de 65 ans, aphasique et hémiplégique depuis quatre ans, se luxait fréquemment la mâchoire. La luxation bilatérale, se réduisait facilement, mais la réduction ne parut jamais complète, il restait toujours un léger degré de projection du menton, bien qu'il n'y eut plus écartement des arcades dentaires; le condyle ne rentrait pas franchement à sa place. Une fronde mentonnière reliée à une coiffe par des cordons élastiques n'empêcha pas la luxation de se repro-



duire avec une grande facilité. Une dernière fois, cette femme fut amenée dans mon service, sous le coup d'une hémorrhagie cérébrale récente, la mâchoire était luxée, mais la réduction ayant présenté par exception quelques difficultés, je n'insistai pas pour l'obtenir.

La malade succomba quelques heures après.

L'autopsie fut pratiquée 48 heures après la mort. La luxation se réduisit alors presque d'elle-même, mais imparfaitement comme d'habitude.

Je ne pus examiner que l'une des articulations temporo-maxillaires, celle du côté droit. La luxation se reproduisant et se réduisant à volonté, je constatai d'abord qu'il n'y avait pas accrochement de l'apophyse coronoïde à l'os malaire, il n'y a même pas contact entre ces deux parties.

Les ligaments articulaires sont allongés, mais ne présentent aucune trace de déchirure. Lorsqu'on place l'os en luxation, on sent en avant le condyle maxillaire séparé du doigt par la simple épaisseur du ligament antérieur ; tandis qu'en arrière sous le condyle temporal on reconnaît, à travers le ligament postérieur, la présence d'un corps mobile et consistant qui ne peut être que le ménisque inter-articulaire.

Si on réduit la luxation, on refoule en arrière ce ménisque; il fait bourrelet à la partie postérieure et empêche le condyle maxillaire d'occuper librement la cavité glénoïde.

En présence de notre collègue, M. Farabeuf, à qui je dois le dessin qui accompagne cette note, j'ai ouvert l'articulation en incisant la capsule dans toute sa hauteur en avant et en arrière du ligament latéral externe. Ces deux ouvertures permettent d'examiner dans tous ses détails l'intérieur de la jointure.

La synoviale contient quelques concrétions fibrineuses libres et sa surface est parsemée de villosités d'origine inflammatoire. Le condyle, du maxillaire est érodé en arrière et présente une échancrure qui loge le ménisque intra-articulaire dont il manque la partie la plus antérieure. Le ménisque a pris la forme d'un croissant dont le bord concave déchiqueté embrasse la partie postérieure du condyle, lequel se trouve ainsi directement en rapport avec la surface articulaire du temporal. Le ménisque a conservé ses insertions aux tubercules interne et externe du condyle.

Dans l'état de luxation le condyle repose sur le plan incliné que présente en avant la racine transverse de l'arcade zygomatique, et il semble arrêté dans son élévation par le collier que forme derrière lui le ménisque, et surtout par le défaut de place. Il ne saurait en effet franchir l'anneau que forme l'arcade zygomatique et passer dans la fosse temporale sans un transport en avant que ne permet pas la présence de l'apophyse coronoïde enveloppée du tendon du muscle temporal, ou bien sans une fracture du maxillaire avec changement de direction dans l'axe du condyle.

Dans l'état de réduction, le ménisque vient appuyer sur la paroi inférieure du conduit auditif et laisse à peine au condyle une place suffisante pour se loger dans la cavité glénoïde. Cette disposition explique la facilité extrême avec laquelle se reproduisait la luxation. On peut même dire que la luxation ne se réduisait pas, car le condyle ne reprenait pas sa position normale à la face inférieure du ménisque.

Mais si imparfaite que fût la réduction, il resterait à expliquer pourquoi elle ne s'opérait pas spontanément. Il suffit de tenir la pièce en mains pour voir que la propulsion directe en arrière maintient le condyle appliqué au devant de la racine transverse de l'arcade zygomatique, et que tout muscle rétracteur qui agira sans abaissement préalable sur le condyle ainsi déplacé sera impuissant à le remettre en place.

Cette pièce est un exemple de luxation sous-méniscoïde sans rupture ligamenteuse, variété qui serait, suivant M. le Dr Mathieu, beaucoup plus fréquente que la supérieure. Nous pouvons ajouter que comme sous-méniscoïde la luxation n'a jamais été réduite,

puisque le ligament inter-articulaire est toujours resté derrière le col du condyle.

Il m'a été impossible d'avoir des renseignements sur les conditions dans lesquelles la luxation s'est produite pour la première fois. L'accident remonte à plusieurs années, ce qui explique l'*arthrite sèche* dont la jointure est le siége et la disparition de l'arc antérieur du ménisque.

Les dissections de luxations des maxillaires n'ont pas été assez nombreuses pour qu'on puisse établir encore l'histoire de cette luxation, mais notre pièce peut être considérée comme favorable à la fois à l'opinion de Boyer et aux idées émises par M. le Dr Mathieu.

M. le Président annonce que M. Duplouy, de Rochefort, membre correspondant, assiste à la séance.

Communication.

M. Duplouy donne lecture de l'observation suivante intitulée :

Kyste uniloculaire colloïde très-volumineux. — Ovariotomie. — Mort.

La pratique de l'ovariotomie réserve parfois aux opérateurs de tristes mécomptes en les plaçant en présence de circonstances aussi graves que difficiles à prévoir; j'ai opéré l'année dernière un kyste très-volumineux, d'environ 15 à 16 kilogrammes, entièrement rempli de matière colloïde et qui, sauf quelques cloisons celluleuses très-fines, appartient au groupe des kystes uniloculaires; on ne rencontre point ordinairement la matière colloïde en proportion aussi considérable au sein des kystes ovariques; elle est presque toujours logée dans des kystes multiloculaires dont elle occupe des départements isolés ; aussi ai-je dû rechercher en dehors de ma pratique, bien restreinte puisqu'elle ne comporte que 7 cas d'ovariotomie, des exemples de kystes se rapprochant à la fois tant par leur inilocularité que par l'homogénéité d'un contenu colloïde de celui qui fait l'objet de cette observation. Pour ne parler ici que des faits cliniques bien observés et publiés sans réserve, je n'ai rien trouvé d'approchant dans le souvenir des opérations nombreuses auxquelles il m'a été donné d'assister, non plus que dans les travaux de Sp. Wells, de Kœberlé, de Ziembichi, etc. La communication de ce fait m'a paru, sous ce rapport, de nature à offrir quelque intérêt à mes éminents collègues, qui trouveront peut-être dans leur expérience clinique quelques faits analogues.

Madame S...., âgée de 31 ans, réglée à 11 ans, mariée depuis

12 ans à un sous-brigadier des douanes des environs de La Rochelle, sans antécédents fâcheux du côté de sa famille, a toujours joui d'une santé parfaite jusqu'à son dernier accouchement, survenu il y a 2 ans 1/2; la tuméfaction du ventre qu'elle observa depuis cette époque aurait été précédée de douleurs assez vives dans la fosse iliaque droite, sans fièvre ni vomissements, mais elle n'est devenue excessive que depuis 6 mois au plus, en même temps que la menstruation, jusque-là régulière, se montrait beaucoup moins abondante, bien que bimensuelle.

A son entrée à l'hôpital Saint-Charles, le 5 août 1876, la malade est très-amaigrie et très-oppressée par suite de la distension abdominable; son facies est caractéristique ; la peau est sèche et terreuse ; la respiration très-gênée pendant le décubitus dorsal; le cœur refoulé en haut et à gauche, a des battements forts et précipités ; le pouls est, au contraire, petit, régulier à 82 ; le ventre qui rappelle la forme de celui des batraciens, retombe sur les cuisses dans la station verticale ; il mesure 1 m. 20 cent. de circonférence au niveau du nombril; les veines superficielles sont très-dilatées ; les téguments sont épaissis, grenus et œdématiés, surtout à la partie inférieure; l'ombilic est projeté au dehors, sous la forme d'un gros œuf de poule, par une collection liquide facile à refouler dans la cavité péritonéale.

Partout on sent une fluctuation très-manifeste, évidemment due à la présence d'une ascite et, en refoulant le liquide avec les doigts, on tombe sur une masse énorme, sans bosselures appréciables, qui donne une sensation pâteuse. Les parois de l'abdomen glissent facilement sur la surface de la tumeur excepté à droite, où on sent, à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antéro-supérieure, une crépitation qui rappelle le cri de la neige froissée entre les doigts et qui fait supposer des adhérences en ce point ; résonnance dans les deux flancs, quand on déplace le liquide ascitique, ainsi qu'à la région épigastrique.

Le col de l'utérus est un peu élevé, ramolli, sans déviation; le corps parfaitement mobile, ne reçoit pas de mouvements communiqués quand on palpe la tumeur abdominable ; ses dimensions, mesurées à l'aide de la sonde utérine, sont normales; pas de leucorrhée ; il n'y a pas de dysurie.

Les fonctions digestives s'accomplissent bien, sans flatulence; l'appétit est bon, la soif assez intense ; le sommeil est léger.

Nous diagnostiquons un kyste ovarique uniloculaire avec ascite et œdème des parois, compliqué probablement d'adhérences à droite, à pédicule grêle autant que permet de le supposer l'élévation du col et surtout la mobilité de l'utérus, et, bien décidé que nous sommes à l'opérer, nous pratiquons, le matin même du jour fixé pour l'ovariotomie, une ponction exploratrice avec l'aiguille n° 2 de l'appareil Dieulafoy qui, après avoir amené de la sérosité ascitique, ne nous fournit aucun résultat ; l'insuccès de ces tentatives, répétées en quatre points différents, nous conduit à recourir au trocart n° 4 à l'aide duquel nous obtenons quelques grumeaux d'une substance qui ressemble à de la

gomme incomplétement dissoute et ramollie par l'eau. Notre diagnostic est dès lors à peu près fixé : nous avons affaire à un produit demi-solide, soit gélatineux, soit colloïde, dont l'issue par tous les modèles de trocart usités en ovariotomie nous paraît des plus problématiques ; et poursuivi par la pensée des difficultés opératoires qui doivent en résulter, nous ajoutons à l'appareil instrumental deux vulgaires cuillers à potage de petite dimension, légèrement tordues sur leur axe.

L'ovariotomie est pratiquée le jour même à 1 h. 40 m. en présence de l'École et avec l'assistance immédiate de M. le professeur Léon, de MM. Audry, Lefèvre, Dorvau, médecins de 1re classe de la marine, et de MM. les aides médecins Duplouy et Bouché.

Une incision d'environ 12 centimètres, conduite sur la ligne blanche à égale distance du pubis et de l'ombilic, donne issue à une certaine quantité de sérosité provenant du tissu cellulaire, puis à du liquide ascitique qui s'écoule en jet ; quatre pinces hémostatiques sont jetées sur les vaisseaux divisés pendant cette section ; puis, la poche kystique parfaitement lisse et d'une teinte gris-bleuâtre, apparaît dans l'aire de la section, libre d'adhérences avec la paroi dans tous les points que peut atteindre le doigt. J'ai soin, avant de la ponctionner, d'évacuer aussi complétement que possible la sérosité ascitique par des pressions exercées d'arrière en avant ; il s'en écoule environ 5 litres. Comme nous l'avions prévu, le trocart à ovariotomie (modèle Péan) ne donne aucun écoulement, et force nous est de nous décider à fendre la poche longitudinalement et à maintenir les bords de l'incision kystique avec des pinces à plateaux, en les soulevant avec des précautions infinies, vu leur minceur excessive; nous voyons alors apparaître une masse tremblotante d'une teinte blanche légèrement ambrée, assez analogue à de la gelée de pieds de veau ou mieux encore, vu son extrême viscosité, à la pâte de guimauve au moment de sa fabrication. Elle adhère aux doigts au point de rendre fort difficile l'extraction des premières portions, et nous ne pouvons nous tirer de la situation que par le jeu alternatif des cuillers à potage ; presque rien n'a pénétré dans le péritoine, grâce à la compression exacte des parois ; la main introduite au sein de la poche sent céder sous la moindre pression quelques cloisons celluleuses, surtout à droite, et la substance colloïde qui provient de cette région prend une coloration légèrement brunâtre.

Lorsque nous eûmes évacué environ les trois quarts du contenu, nous nous mîmes en devoir d'attirer la poche kystique à l'extérieur, afin de déverser facilement le reste des produits en dehors de la cavité abdominale : il y avait, en arrière et sur les côtés, de nombreuses adhérences et, malgré tous les ménagements apportés dans ces tractions, la poche se rompit sous nos doigts en arrière et à droite ; nous n'en continuâmes pas moins nos laborieuses manœuvres, et nous amenâmes enfin au dehors le kyste tout entier; le pédicule, très-long et très-mince, fut immédiatement étreint à l'aide du clamp de Sp. Wells; mais, l'épiploon, absolument soudé à la partie supérieure du kyste, lui constituait une sorte de pédicule supplémentaire, que la présence de cinq vaisseaux artériels du volume de la radiale rendait beaucoup

plus important que le pédicule normal : nous ne songeâmes pas un seul instant à détruire des adhérences aussi intimes et, nous inspirant de la conduite suivie dans quelques circonstances analogues par certains ovariotomistes, nous étreignîmes le pédicule épiploïque à l'aide d'un très-fort cordonnet de soie, faute de clamp supplémentaire, nous réservant de le maintenir à l'angle supérieur de la plaie; la trompe droite était libre; l'ovaire gauche parfaitement sain. Restait à faire la toilette du péritoine, temps difficile s'il en fût, non par l'écoulement sanguin, pour ainsi dire nul, mais par l'épanchement de la matière colloïde gluante et plastique qui s'était infiltrée dans le péritoine; nous l'accomplîmes à grand renfort d'éponges montées de pressions sur les parois, d'extraction directe avec les doigts ou avec des linges chauds ; à chaque instant nous croyions en avoir fini et les pressions d'arrière en avant exprimaient encore d'entre les circonvolutions intestinales de nouveaux fragments de cette sorte de poix tenace et visqueuse; nous évaluons à 15 kilogrammes environ la masse colloïde extraite dans ces diverses manœuvres. Enfin, il ne sortit plus rien; la plaie fut exactement fermée par cinq fils de soie, passés selon la méthode de Sp. Wells et intéressant le péritoine à 1 centimètre de ses bords; chaque pédicule fut traversé avec une broche et lié très-fortement au-dessous d'elle par un fil conduit à travers les parois abdominales, puis badigeonné avec du perchlorure de fer ; le ventre fut collodionné, enveloppé d'ouate, et la malade fut reportée dans son lit 1 heure 1/2 après le début de l'opération; elle avait parfaitement supporté l'anesthésie; le pouls battait 80; son état était excellent.

Tout alla bien jusqu'au 8e jour, à part quelques coliques passagères; déjà la plaie était cicatrisée, j'avais pu enlever le clamp et, d'autre part, le pédicule épiploïque était bien près de se détacher; malgré la déchirure de la poche et la crainte que m'inspirait le séjour presque inévitable de quelques parcelles colloïdes dans le péritoine, je commençais à espérer un succès définitif; je me plaisais à rechercher dans l'imposante statistique de Sp. Wells, à côté de quelques cas de mort par le fait d'une rupture accidentelle, certains faits de guérison obtenue malgré cette redoutable complication et notamment ceux inscrits sous les nos 212, 266, 301, 330, 336, 400, 406, 416, 442, 463, 468, 494 : des accidents de péritonite suraiguë éclatèrent dans la soirée du 13 août et enlevèrent la malade 10 jours après l'opération.

Je n'hésite pas à rapporter les accidents à la présence d'une certaine quantité de matière colloïde épanchée ; car, l'autopsie m'a révélé, outre les lésions habituelles de la péritonite généralisée avec agglutination exsudative des anses intestinales, en arrière du côlon ascendant, et fortement collée à l'intestin, une masse colloïde jaunâtre, de la grosseur d'un œuf de pigeon, en tout semblable à celle qui remplissait le kyste et baignant dans quelques cuillerées d'un liquide sanieux et brunâtre, mélangé de quelques gouttelettes huileuses ; à gauche et dans une position symétrique, derrière le côlon descendant, se trouvaient quelques détritus géla-

tineux analogues, échappés au curage aussi minutieux que laborieux que nous avions dû faire de la cavité péritonéale.

L'examen de la poche kystique nous avait montré quelques tractus filamenteux, minces comme une toile d'araignée, détachés de la surface interne, vestiges des cloisons celluleuses que nous avions rompues par la simple introduction de la main ; on ne trouvait pas trace de cloisons ailleurs qu'au côté droit.

Nous avions pu également constater l'amincissement extrême de la poche au niveau de la déchirure; la paroi interne offrait au pourtour de ce point, une large zone d'un brun foncé, piqueté de rouge, qui se rattachait évidemment à un travail phlegmasique déjà ancien; les artères provenant de l'épiploon se prolongeaient dans l'épaisseur de la poche jusqu'à sa partie moyenne.

Quant à la substance glutineuse, elle offrait une densité considérable, 1,060, absolument inodore, jaune ambrée, elle a montré au microscope des corps transparents, globuleux, volumineux au point de remplir parfois tout le champ du microscope ; offrant, en un mot, les caractères assignés par Virchow et par Ranvier aux *globes colloïdes;* on y a, en outre, rencontré quelques cellules épithéliales et des granulations graisseuses, mais en petit nombre.

Mélangée à l'eau, cette matière a donné un dépôt louche et épais que la liqueur potassique a pu dissoudre à peu près complétement ; soumise à l'action de l'acide acétique, cette substance n'est pas devenue grenue, elle a même pris un peu plus de consistance. On n'y a point trouvé les réactions caractéristiques de l'albumine, et tout concourt, d'après les chimistes de notre Ecole, à y démontrer la présence exclusive de la substance colloïde.

Quoi qu'il en soit, l'intérêt de cette observation me paraît résider dans l'abondance excessive de cette matière au sein d'une poche unique et dans la présence d'un véritable pédicule épiploïque; les manœuvres d'extraction seraient, je crois, beaucoup mieux assurées, dans un cas de ce genre, par l'accolement provisoire des parois abdominales et des lèvres de l'incision kystique ; des pinces à plateau, coudées à angle droit, rempliraient bien cet office. On pourrait, grâce à cette précaution, évacuer complétement la matière colloïde, en débarrasser au besoin la poche par des lavages, puis agir en toute sécurité sur le kyste, quelle que fût la minceur de ses parois, sans avoir à craindre un épanchement péritonéal.

M. Boinet. Je crois qu'il était possible, dans le cas qui vient de nous être communiqué par M. Duplouy, de diagnostiquer d'après les symptômes que le kyste était de mauvaise nature. L'amaigrissement, le facies jaunâtre, l'ascite se trouvent rarement dans un kyste de bonne nature; de plus, le développement considérable

des veines sous-cutanées abdominales aurait dû éveiller l'attention.

J'ai publié plusieurs exemples de kyste colloïde, et j'ai surtout appuyé sur le diagnostic. J'ai insisté sur cette fluctuation si nette et si évidente que l'on rencontre dans tous les points du kyste, et, malgré l'évidence de cette sensation, on n'obtient aucun liquide par la ponction. Je me souviens d'un cas que j'ai observé avec Lenoir, je fis des ponctions dans trois points du kyste; rien ne sortant par la canule, j'introduisis, à travers la canule, un fil de fer qui ramena une substance comme de la gélatine. Éclairés sur le diagnostic, nous décidâmes de ne rien faire.

Dans un autre cas, où l'erreur n'avait pas été commise, je fis cependant une ponction; n'ayant rien pu faire sortir, je m'abstins de nouvelles tentatives; la malade succomba le 8e jour. Lorsqu'on se trouve en présence d'un mauvais état général, d'une ascite avec une tumeur profondément située, il faut s'abstenir et ne pas opérer.

M. Duplouy. D'après ce que vient de dire M. Boinet, il me semble qu'il serait disposé à considérer les kystes colloïdes comme des cancers que l'on ne doit pas opérer. Je n'accepte pas cette opinion, et c'est pour cela que j'ai opéré.

De plus, ma malade ne se présentait nullement dans les détestables conditions générales dont vient de nous parler notre savant collègue; elle présentait ce facies amaigri, que l'on peut appeler facies ovarique, mais rien de plus. Je n'ai pas vu là une contre-indication que semble vouloir poser M. Boinet, qui me paraît trop absolue.

M. Boinet. Que tous les kystes colloïdes ne soient pas des cancers, je le veux bien; mais ils se comportent comme des cancers, et toutes les femmes que j'ai pu observer avec des kystes à liquide d'aspect gélatineux, colloïde, sont mortes avec les signes du cancer.

M. Terrier. Je partage un peu l'opinion de M. Boinet sur la gravité des tumeurs kystiques de l'ovaire qui s'accompagnent d'ascite se reproduisant vite et facilement, car, dans ces cas, l'ascite n'est pas produite mécaniquement, mais elle dépend de la structure de la tumeur.

Je crois qu'il ne faut pas poser en principe qu'en présence d'une tumeur colloïde, on ne doit pas opérer. Sans vouloir décider si les tumeurs colloïdes sont des cancers, je dirai que les malades sont vouées à une mort à bref délai et que par conséquent, s'il n'y a pas d'adhérences, j'opérerai.

La fluctuation, que l'on sent avec une grande netteté dans toutes les parties du kyste, ne permet pas de savoir toujours si il y a une ou plusieurs poches; de plus, la très-grande minceur des parois rend la destruction des adhérences très-difficile; aussi, en présence des grandes difficultés que peut présenter l'opération, je crois qu'il faut toujours porter un pronostic très-grave.

M. Blot. Je crois que M. Boinet a beaucoup exagéré les indications que peut fournir le facies des malades; si on ne devait opérer que lorsque les malades conservent un teint de bonne santé, on n'opérerait jamais. Pour mon compte, j'ai toujours noté un facies assez mauvais, il ne faut donc pas y attacher une trop grande importance.

M. Duplouy pense qu'il faut attribuer le mauvais résultat de son opération à la toilette incomplète du péritoine; je demanderai à notre collègue pourquoi, en présence des difficultés qu'il rencontrait, il n'a pas extrait de la cavité abdominale tous les intestins pour les débarrasser de ce tissu colloïde. Je me souviens d'un cas où j'assistais Nélaton, dans lequel tous les intestins furent déplissés et essuyés, sans que ces soins minutieux eussent aggravé le résultat, puisque la malade guérit sans avoir eu un seul instant de fièvre.

Je crois que l'on a beaucoup exagéré la sensibilité du péritoine; lorsqu'il est sain, il est tolérant.

M. Polaillon. Je désire faire une distinction au sujet de l'ascite qui peut compliquer les kystes de l'ovaire.

Lorsque le liquide ascitique est séreux, le pronostic n'est pas grave et l'on peut opérer; si, au contraire, le liquide est sanguinolent, le pronostic devient très-grave et il ne faut pas opérer.

Dans un cas où il y avait de l'ascite, la ponction exploratrice me donna un liquide séreux; j'opérai, j'enlevai un kyste dermoïde, la malade guérit.

Dans un autre cas, chez une jeune fille de 15 ans, la ponction me donna un liquide ascitique sanguinolent; je ne voulus pas opérer. La malade succomba peu de temps après, avec une pleurésie; l'autopsie nous fit constater une tumeur ovarique constituée à la surface par des végétations, dont la rupture avait donné lieu à une hémorrhagie.

En m'appuyant sur ces faits, je crois donc qu'une ascite à liquide séreux n'est pas une contre-indication; mais, au contraire, on ne doit pas opérer lorsqu'on trouve une ascite à liquide sanguinolent.

M. Boinet. Je n'ai pas dit que l'ascite était une contre-indication.

J'ai dit que si on rencontre une malade amaigrie, ayant le facies cancéreux, présentant une dilatation des veines abdominales sous-cutanées, et qu'en plus on constate de l'ascite, il ne faut pas opérer.

Je distingue le facies ovarique du facies cancéreux; le facies ovarique est le facies anémique et ce n'est pas une raison pour ne pas opérer. Dans le cas qui nous a été rapporté par M. Duplouy, je crois qu'il y avait des signes de malignité qui auraient dû empêcher l'opération.

M. Duplouy. Je crois que l'objection de M. Boinet n'est pas acceptable; je connais très-bien le facies cancéreux et je puis lui affirmer que ma malade ne le présentait en aucune façon.

Quant au pronostic que l'on peut tirer de la nature du liquide ascitique, je partage l'avis exprimé par M. Polaillon.

M. Terrier. En 1876, j'ai opéré une femme d'un kyste de l'ovaire, compliqué d'une ascite dont le liquide était transparent et séreux. Elle mourut après l'opération, et à l'autopsie on découvrit des végétations au-dessus du kyste.

J'ai ouvert le ventre d'une femme qui portait des végétations de mauvaise nature; il existait de l'ascite qui n'était nullement sanguinolente.

Je ne crois donc pas qu'il faille attacher à ce signe une importance aussi considérable que le voudrait M. Polaillon.

M. Polaillon. Je connaissais des faits dont vient de nous parler M. Terrier; mais ils ne modifient pas le principe que j'ai voulu poser : c'est que lorsqu'on trouve un liquide ascitique sanguinolent, il ne faut pas opérer.

M. Panas. J'ai observé un fait analogue à celui dont vient de nous entretenir M. Duplouy : liquide ascitique citrin et kyste colloïde.

Je regarde ce genre de kyste comme très-grave et comportant un pronostic très-grave.

Comme dans le cas de M. Duplony, le résultat fut mauvais.

Après avoir incisé la paroi abdominale, je trouvai un liquide analogue à du frai de grenouille qui me fit croire un instant que j'étais dans le kyste, mais ce liquide glaireux fut suivi d'un liquide citrin.

Le kyste était à parois très-minces, flexibles; c'était un véritable kyste déhiscent, car les parois étaient percées comme un crible, à travers lequel était sorti le liquide glaireux, dont la présence dans l'abdomen avait occasionné la production de l'ascite.

Dans ces cas, la toilette complète du péritoine est presque impossible, et je n'ai pas pu tout enlever.

Il est donc important de se demander s'il vaut mieux laisser du liquide ou s'il est préférable de s'attarder à la toilette du péritoine.

Or, nous savons tous que plus l'opération est longue plus elle est grave; en outre, je ne crois pas que la sortie complète de tous les intestins ne soit pas sans danger.

Langenbeck a fait des expériences assez curieuses sur ce sujet; il ouvre l'abdomen de deux lapins et étale, au dehors, les intestins.

Les intestins de l'un sont abandonnés à l'air, ceux de l'autre sont enveloppés dans des linges chauds; le premier meurt par refroidissement péritonéal, le second guérit.

De là, l'utilité de faire des opérations rapides; les opérations longues sont mauvaises, parce qu'elles exposent le péritoine à l'air. Aussi, lorsqu'on est obligé de sortir les intestins, il faut les entourer d'un air chaud et humide.

Quant à la manœuvre proposée par M. Blot, je ne crois pas qu'elle puisse donner de bons résultats pour le liquide colloïde; ce liquide se trouve partout, au milieu des anses intestinales; à mesure qu'on tire l'intestin, il fuit devant les doigts et va se cacher dans les replis.

On ne peut donc pas tout enlever, et je crois qu'il vaut mieux en laisser une partie, plutôt que de retarder l'opération.

M. Blot. Je n'ai pas prétendu que le déplissement de l'intestin fût sans dangers, mais je ne le tiens pas pour plus grave que de laisser dans l'abdomen de la matière colloïde ou du sang.

Présentation d'instrument.

M. Duplouy présente une *fourche fixatrice des kystes dermoïdes du sourcil.*

J'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de la Société une *fourche destinée à fixer les kystes dermoïdes du sourcil et à en faciliter l'extirpation :* la situation profonde de ces petites tumeurs sous le muscle orbiculaire, leurs rapports avec le ligament large des paupières qu'il importe au plus haut point de ménager pour préserver le tissu cellulaire de l'orbite de toute inflammation extensive, leur mobilité plus apparente que réelle et les adhérences profondes qui tiennent à leur mode d'origine, tout contribue à rendre la manœuvre opératoire assez délicate. Vient-on à

ouvrir prématurément la poche, on ne peut plus guère en exciser les parois que par bribes : la fourche que notre habile fabricant, M. Collin, a bien voulu construire, sur mes indications, m'a permis d'accomplir dernièrement trois opérations de ce genre avec une régularité parfaite.

Elle est formée de deux branches très-fines et très-acérées de 7 à 8 centimètres de longueur, légèrement recourbées d'avant en arrière et montées sur un manche facile à manœuvrer.

Elles divergent en outre du talon de l'instrument vers les pointes dont l'écartement est triple de celui qu'elles offrent vers le sommet émoussé de l'angle de jonction.

Le mouvement de la fourche est des plus simples : il suffit, avant d'inciser les téguments, de l'engager sous le kyste, la convexité tournée vers l'arcade orbitaire, et de faire cheminer la tumeur vers le sommet de l'angle, plus ou moins loin, selon son volume, jusqu'à ce qu'elle soit bien fixée ; rien de plus facile alors que d'inciser les téguments et le muscle orbiculaire, et de mettre complétement à nu le petit kyste qui, attiré pour ainsi dire au dehors, répond invariablement pendant tout le temps de la manœuvre aux incisions extérieures ; j'ajoute que la pression des branches exerce sur les parties molles une sorte d'acupressure qui prévient tout écoulement sanguin jusqu'à la fin de l'opération.

Le modèle que je viens de décrire se prête à la généralité des cas, surtout dans la chirurgie des enfants chez lesquels les kystes dermoïdes sont toujours très-peu volumineux ; l'instrument pourrait, on le comprend, être exécuté, si besoin était, dans de plus grandes proportions.

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 27 mars 1878.

Présidence de M. F. GUYON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine ;

2° Un mémoire de M. le Dr Bousquet, médecin aide-major, intitulé : *Abcès froids des parois thoraciques consécutifs aux périostites chroniques externes ;*

3° Le *Sud médical*, la *Gazette médicale de Bordeaux*, le *Bordeaux médical*, la *Revue médicale de Toulouse*, *Mémoires et Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon ;*

4° La *Gazette de santé militaire de Madrid*, la *Clinique de Vienne*, la *Gazette médicale Italienne-Lombarde*, *the British medical Journal ;*

5° *De la hernie de la ligne demi-circulaire. Indications de l'occlusion du péritoine par la ligature élastique après la kélotomie*, par le Dr Daniel Mollière (présentée par M. Verneuil);

6° *Comparaison de la prothèse et de l'opération plastique dans les divisions congénitales de la voûte et du voile du palais*, par M. le professeur Trélat ;

7° *Inclusion péritesticulaire* (*kyste dermoïde péritesticulaire*). *Castration. Guérison*, par le Dr Jules Boeckel, de Strasbourg (*Commissaire*, M. Verneuil);

8° *Essai pratique et appréciation du forceps du Dr Tarnier, modifié par le Dr Pinard*, par le Dr Ad. Wasseige (*Commissaires :* MM. Guéniot, Delens ; Polaillon, rapporteur);

9° Une lettre de M. le Dr Tillaux, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance (renvoyée à la commission des congés);

10° Un fascicule de l'*Anatomie smoclastique* (*encéphale*), par M. le Dr Witkowski ;

11° Une lettre du ministre de l'instruction publique annonçant que l'allocation de 600 francs faite annuellement à la Société lui est maintenue cette année ;

12° Une lettre du ministre de l'instruction publique engageant M. le président à faire prendre, par un mandataire, une série de publications qui lui sont destinées.

A l'occasion du procès-verbal, M. Anger demande la parole :

J'ai demandé la parole pour communiquer un fait d'enchondrome du testicule, et, à cette occasion, soumettre à la Société quelques réflexions sur les conditions anatomo-pathologiques et cliniques qui font, à mon sens, que certains enchondromes sont bénins et certains autres de nature maligne. Si je n'ai pas pris la parole sur ce sujet dans la dernière séance, c'est que je manquais de renseignements positifs et récents sur l'individu dont l'observation complète devait servir de base aux remarques que j'avais à faire. Voici le fait :

Au mois de juillet 1875, entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Dolbeau, que je remplaçais, un homme de 43 ans qui avait un enchondrome volumineux du testicule gauche. Son état était pitoyable, non du fait de l'enchondrome, mais par suite d'une stomatite, je pourrais presque dire d'une intoxication mercurielle

qu'il devait au traitement que plusieurs confrères de la ville lui avaient fait suivre. Lorsqu'il fut un peu remis, je lui pratiquai la castration qui fut faite le 12 août 1875, il y a par conséquent 2 ans 1/2.

Je vais vous faire passer un dessin de la tumeur et le résultat de l'examen microscopique qui fut exécuté à cette époque. C'était bien un fibro-enchondrome du testicule. Mais pour caractériser l'espèce d'une tumeur et en déterminer la nature, il ne suffit pas, comme paraît le dire M. Poinsot, d'en étudier l'élément anatomique principal, il faut encore en chercher la texture, en étudier le développement, les connexions, les connexions surtout, et alors seulement l'on peut prévoir l'avenir de l'opéré. J'ai étudié un certain nombre de ces tumeurs du testicule, j'en ai injecté quelques unes, et voici les remarques que j'ai faites. Les néoplasmes du testicule se comportent de deux façons vis-à-vis de cet organe. Les uns envahissent d'emblée la substance testiculaire; cela ne veut pas dire que tous les tubes séminifères sont pris à la fois et simultanément, non; par envahissement d'emblée, je veux dire que le néoplasme est en rapport immédiat avec les canaux spermatiques, sans en être séparé et isolé par une enveloppe conjonctive; cela veut dire encore que les vaisseaux du testicule et ceux du néoplasme font partie d'un même système, qu'ils communiquent largement les uns avec les autres, que les éléments secréteurs du sperme et ceux du néoplasme vivent aux dépens de la même circulation et que par conséquent les produits de la désassimilation des uns et des autres se mélangent intimement et de proche en proche.

Dans certains enchondromes du testicule, au contraire, cette promiscuité des éléments normaux n'existe pas. Le testicule dans son ensemble n'est pas envahi, il est refoulé, étalé par le tissu enchondromateux, dont il est nettement séparé par une enveloppe lamineuse qui fait que les vaisseaux et par suite la vie n'est plus commune entre les tubes séminifères et les cellules cartilagineuses. Alors il n'est pas toujours facile de retrouver le testicule, car il est souvent atrophié, et perdu dans un espace restreint à la surface de la tumeur chondromateuse.

Le néoplasme dans ce cas se développe à la façon d'un parasite qui peu à peu refoule, distend et atrophie l'organe au sein duquel il est né, mais il vit et s'accroît indépendamment de lui. Alors les communications vasculaires entre le testicule et la chondrome sont presque nulles; il n'y a pas, comme dans le cas précédent, échange des matériaux de nutrition et de désassimilation; la vie de l'un est indépendante de celle de l'autre, tout comme dans le sein nous voyons les tumeurs adénoïdes naître et se développer

à côté du tissu mammaire sans lui nuire autrement que par la compression qu'elles exercent.

De ces deux dispositions anatomiques, que, pour ma part, je ne manque jamais de rechercher non-seulement sur les tumeurs du testicule, mais sur toutes les tumeurs, quel que soit leur siége, de ces deux modes de développement découle, je crois, la malignité ou la bénignité d'une tumeur. Sans doute la considération de l'espèce de l'élément anatomique, de sa texture microscopique, a aussi une grande importance, mais je la crois moindre que la précédente au point de vue de la récidive. Et si l'on se rappelle que c'est surtout par les lymphatiques que se propagent et se généralisent les tumeurs, on trouvera encore dans l'engendrement des produits néoplasiques une explication de leur bénignité.

En effet les éléments néoplasiques non enkystés trouvent autour d'eux les voies lymphatiques tout ouvertes pour les recevoir et les transporter jusqu'aux ganglions ; tandis que la membrane kystique, qui enveloppe un néoplasme, protége ces mêmes voies lymphatiques et les met à l'abri de l'envahissement. Ce n'est pas à dire qu'un enchondrome ou un fibrome enkysté ne puisse jamais se propager au loin par les lymphatiques ; il peut arriver, en effet, que par suite de la distension de l'enveloppe conjonctive due à l'accroissement rapide des éléments néoplasiques, celle-ci vienne à se rompre, et qu'alors les éléments anormaux franchissent cette barrière et se répandent dans les tissus environnants, les envahissent et de là gagnent les ganglions. Et c'est ainsi, sans doute, qu'il faut expliquer certains cas de généralisation apparaissant rapidement après l'ulcération d'une tumeur qui était restée longtemps bénigne. Mais, à part ces rares exceptions je crois que la bénignité des enchondromes du testicule dépend beaucoup plus de l'enkystement du produit pathologique que de la nature de l'élément anatomique.

Vous retrouverez cette disposition sur le dessin microscopique que je vous présente. Le testicule se trouve situé à la périphérie de la tumeur. Il est aplati, étalé et souvent il faut une recherche attentive pour le retrouver. C'est en me fondant principalement sur ce caractère, c'est-à-dire sur l'isolement du tissu fibro-cartilagineux au sein du testicule, que je portai, lors de l'opération, un pronostic favorable. Ces prévisions se sont réalisées. J'ai revu mon opéré vendredi dernier, 2 ans 1/2 après l'opération : il est parfaitement portant et l'on ne trouve dans les fosses iliaques aucune trace d'engorgement ganglionnaire.

Si je ne craignais d'abuser des moments de la Société, j'ajouterais à cette communication quelques remarques sur la partie clinique. Comme presque toutes les tumeurs bénignes sont enkystées, il est

en général facile de les reconnaître à leur mobilité, à leur indolence, à l'absence d'engorgement ganglionnaire.

Mais dans le testicule, ce caractère si important de la mobilité n'existe pas. L'enveloppe albuginée, rapidement distendue par le néoplasme, ne permet pas d'en percevoir la mobilité. Le clinicien n'a donc pour apprécier la nature de la tumeur que l'indolence fréquente et l'absence d'engorgement ganglionnaire, et ces deux derniers caractères appartiennent tout aussi bien au testicule syphilitique, et dès lors on s'explique aisément et la difficulté du diagnostic et les fréquentes erreurs auxquelles ces tumeurs donnent lieu, comme MM. Verneuil, Panas et Desprès en ont cité des exemples éclatants.

Lorsque, dans un cas douteux, le traitement spécifique a échoué, il faut en venir à la castration, mais alors je crois que l'examen attentif de la tumeur, la détermination de ses connexions avec le testicule proprement dit, les commémoratifs relatifs à la rapidité du développement, à l'âge du malade, permettent d'asseoir le pronostic sur des bases plus solides que ne le semble croire M. Poinsot.

M. Desprès. Le fait dout vient de nous entretenir M. Anger concorde parfaitement avec ceux qui ont été observés par M. Conches. Ainsi que je le rappelais dans la précédente séance, M. Conches a montré que la tumeur kystique du testicule était une variété d'enchondrome, de plus il a prouvé que les enchondromes présentaient un caractère de beaucoup plus grande gravité lorsque le tissu présentait des kystes que lorsqu'il était formé par un tissu compact et homogène.

Le résultat obtenu par M. Anger vient à l'appui des opinions que j'émettais sur le pronostic favorable que l'on peut porter sur la castration, puisque la guérison se maintient complète depuis 3 ans.

M. Terrier. Lorsqu'on parcourt les observations de tumeurs du testicule, on s'aperçoit facilement des difficultés que soulèvent les descriptions d'anatomie pathologique faites par des micrographes ne parlant pas toujours le même langage. Il est probable que M. Desprès a lu, il y a longtemps, la thèse de M. Conches, car elle est loin d'éclairer la question ; M. Conches a réuni toutes les observations de tumeurs du testicule comprenant les cavités kystiques et il a cherché ensuite ce qu'il pouvait conclure sur la bénignité ou la malignité.

Dans le cas de M. Poinsot, on pouvait prévoir la gravité, en se basant sur l'âge du malade, mais, encore, sur l'examen microsco-

pique qui fit reconnaître cette espèce d'enchondrome à cellules ramifiées, décrit particulièrement par M. Cornil.

Je ne puis pas partager l'opinion de M. Anger, sur l'influence que peut avoir la disposition des vaisseaux sur la malignité plus ou moins grande de la tumeur. La seule conclusion que l'on pourrait en tirer, serait qu'un grand nombre de vaisseaux périphériques augmente la gravité de la tumeur.

Je crois que l'histoire des tumeurs kystiques est loin d'être faite, surtout si on se place au point de vue du pronostic. J'ai opéré, le 29 juillet 1874, un malade atteint d'une tumeur que je rangeai sans hésitation dans la classe des tumeurs kystiques du testicule. La pièce fut examinée par M. Ranvier qui confirma mon opinion, et qui conclut qu'il n'y avait aucune différence entre les kystes du testicule et les kystes de l'ovaire. En présence de cette opinion je pensai que le pronostic devait être favorable et l'observation fut publiée dans la thèse de M. le Dr Perriquet intitulée : *Contributions à l'étude kystique bénigne du testicule.*

Le malade sortit guéri 1 mois après l'opération, et 6 mois plus tard je recevais la confirmation de sa guérison.

Malheureusement les choses ne tarnèrent pas à changer d'aspect, et M. Landrieux, qui avait été appelé le 10 janvier 1876 auprès du malade, me donnait les nouvelles suivantes. Depuis 6 mois le malade avait beaucoup maigri, il ne pouvait plus manger et de plus il se plaignait d'un point de côté depuis 3 jours; en examinant la poitrine, M. Landrieux constata une congestion pulmonaire et en explorant la cavité abdominale, on découvrit une augmentation énorme du volume de la rate dont le bord antérieur atteignait le bord externe du muscle droit de l'abdomen et l'extrémité inférieure touchait l'épine iliaque antérosupérieure.

Le 15 janvier, le malade fut pris d'une crise épileptiforme suivie d'une hémiplégie incomplète du côté gauche avec perte absolue de connaissance.

Les attaques se renouvelèrent les jours suivants, le malade tomba dans un état comateux presque absolu, interrompu par de nouvelles crises, et il succomba le 26 janvier 1876, 18 mois après l'opération.

Cet homme succombait avec une généralisation de la tumeur dans la rate, dans le foie qui avait subi une notable augmentation, et probablement aussi dans les centres nerveux.

Ainsi donc, une tumeur kystique du testicule déclarée aussi bénigne que la tumeur kystique de l'ovaire peut cependant présenter les caractères d'une tumeur de la plus mauvaise nature.

M. Anger. Je ne fais pas dépendre, comme le dit M. Terrier, la malignité et la bénignité des tumeurs du testicule de la disposition

des vaisseaux, je dis seulement que la bénignité tient à l'enkystement du néoplasme et à une moins grande activité de la circulation.

M. le président annonce que M. Aubrée, de Rennes, assiste à la séance.

Rapport.

M. Gillette, au nom d'une commission composée de MM. Périn, Lannelongue et Gillette, fait un rapport verbal sur deux mémoires adressés par M. le Dr Lecard, médecin en chef de l'hôpital militaire de La Rochelle.

Le premier mémoire contient deux observations intitulées : 1° chute d'un lieu élevé, contusions et fractures multiples. Récidive par contraction musculaire de l'une de ces fractures au 7e mois de la consolidation osseuse du cal. Guérison définitive; 2° fracture au tiers inférieur de la jambe gauche, avec plaie, saillie du bout inférieur du fragment extérieur. Hémorrhagie artérielle. Résection d'une portion de ce fragment. Guérison au 147e jour de traitement.

Le second mémoire est intitulé : *les Prisonniers allemands internés à Belle-Ile-en-Mer; leur état sanitaire.*

M. Gillette propose :

1° De remercier M. Lecard de ses travaux ;

2° De déposer honorablement ses mémoires dans les archives de la Société.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

M. Panas. Je désire entretenir la Société d'un fait qui m'a paru très-extraordinaire. Il s'agit d'une hydarthrose intermittente des genoux, non pas de l'hydarthrose à répétition, revenant à la suite d'une fatigue et à époques indéterminées, mais bien d'une hydarthrose revenant sans aucune cause et à des époques aussi précises qu'une fièvre intermittente.

Voici l'observation qui a été recueillie par un de mes internes :

Double hydarthrose intermittente des genoux.

Mlle M..., 22 ans, entre à l'hôpital le 1er février 1878, à Lariboisière, salle Sainte-Marthe, 14. — Elle est de petite taille, elle paraît jouir d'une bonne santé et elle a un certain embonpoint. On ne trouve dans

ses antécédents aucune manifestation diathésique soit arthritique, soit scrofuleuse, soit syphilitique.

Il y a 5 ans environ, elle a eu une grossesse qui s'est bien passée et s'est terminée par un accouchement à terme dans de bonnes conditions. Sa santé n'avait été altérée en rien lorsque 6 mois après, sans aucune cause occasionnelle, traumatisme ou refroidissement, elle fut prise de tuméfaction des deux genoux.

Ces phénomènes ne s'accompagnèrent d'aucun état général ; pas de fièvre, pas de malaise. Bien plus, elle n'éprouvait aucune douleur au niveau des articulations et marchait assez facilement, ressentant seulement une certaine raideur qui gênait un peu ses mouvements. Le gonflement dura 3 ou 4 jours puis disparut.

Depuis cette époque, les accidents se sont reproduits régulièrement tous les 15 jours, et à date fixe ; c'était le jeudi de chaque deux semaines que la tuméfaction apparaissait, ne déterminant jamais de troubles appréciables.

Les badigeonnages à la teinture d'iode, les vésicatoires, la compression ouatée furent successivement employés sans résultat. Du reste, la malade qui était assez peu incommodée par son affection, se prêtait assez mal, nous dit-elle, à ces divers traitements.

Pendant 4 ans les accidents se sont reproduits avec la même régularité, soit que la malade se condamnât au repos, soit qu'au contraire elle continuât ses occupations.

Pendant ce laps de temps, elle quitta son pays et vint à Paris ; les mêmes phénomènes se reproduisaient toujours périodiquement et jamais, cependant, elle n'eut aucun symptôme qu'on puisse rapporter à une intoxication palustre.

En dehors des attaques, les genoux reprenaient leur volume normal et la malade n'éprouvait aucune gêne.

Il y a 8 mois, elle a été enceinte de nouveau, et a fait une fausse couche de 4 mois. Pendant ces 4 mois, les accidents ne se sont pas montrés et elle se croyait guérie, lorsque 15 jours après sa fausse couche, un jeudi, le gonflement des deux genoux apparut de nouveau.

Mais, tandis qu'autrefois la tuméfaction ne persistait guère plus de 3 ou 4 jours, à partir de ce moment elle dura 8 jours à chacune des attaques qui reprirent leur ancienne périodicité.

L'affection débute tantôt par le genou droit, tantôt par le genou gauche, et il ne paraît y avoir aucune régularité sur ce point-là. Seulement la malade a observé que sur deux attaques il y en avait une plus forte, la durée étant la même, mais le gonflement étant plus prononcé.

Elle est réglée très-régulièrement et le retour de ces hydarthroses ainsi que leur degré d'intensité ne paraît avoir aucun rapport avec les époques menstruelles.

Bien que cette malade ne présente ni douleur ovarienne, ni troubles de la sensibilité, elle a un certain nombre de caractères du tempérament hystérique.

Elle aurait eu, dit-elle, il y a quelques mois, une ulcération du col de

l'utérus dont il ne reste plus de trace ; les organes génitaux ne sont actuellement le siége d'aucun écoulement.

Au mois d'octobre 1877, elle est entrée à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. C. Paul.

Le retour périodique des hydarthroses a continué son cours pendant les mois qu'elle a passé dans ce service où plusieurs traitements internes ont été essayés, et particulièrement le salicylate de soude et le sulfate de quinine, sans amener la moindre modification.

C'est pendant son séjour à cet hôpital qu'elle aurait été cautérisée plusieurs fois pour son ulcération.

Le 7 *février* 1878, elle est adressée à M. Panas par M. C. Paul.

8 *février*. — Cejour-là il n'existe aucun épanchement dans les genoux qui ont leur volume normal et présentent les saillies et les dépressions habituelles.

Les mouvements s'exécutent facilement; ils n'ont rien perdu de leur amptitude et on ne constate aucun craquement articulaire.

Toutes les autres fonctions sont normales et l'on n'est pas, à vrai dire, en présence d'une malade.

Cet état ne se modifie pas jusqu'au vendredi 15 février, mais alors commence à se montrer un certain degré de tuméfaction du genou droit; le lendemain le genou gauche se prend, et le 18 on constate manifestement l'existence d'une quantité notable de liquide dans les deux articulations.

Il n'y a aucun changement de coloration de la peau, la pression et les mouvements ne déterminent aucune douleur, et la malade marche assez facilement et sans boiter.

Le 20 *février*. — Le gonflement commence à diminuer et le 23 il a complétement disparu dans les deux articulations. Ces phénomènes ont eu lieu sans aucun retentissement sur l'état général.

Depuis quelque temps la malade a observé que le gonflement commençait par le genou droit et qu'il y était toujours plus marqué.

Ces accidents sont revenus le vendredi 1er mars et le vendredi 15, présentant dans leur invasion, leur marche et leur durée les mêmes caractères.

Dans la semaine qui sépare deux attaques successives tout disparaît. M. Panas cependant constate l'épuisement des bourrelets des culs-de-sac supérieurs des synoviales des deux genoux.

Pour combattre ces accidents à répétition, M. Panas a prescrit des frictions mercurielles et l'iodure de potassium à l'intérieur, à la dose de 4 grammes par jour, car c'est la forme que prennent quelquefois les hydarthroses qui reconnaissent pour cause un état spécifique.

M. Le Dentu. J'ai observé avec M. Anger un cas analogue à celui dont vient de nous entretenir M. Panas, pendant notre internat chez M. Voillemier.

Le malade était un jeune homme de 18 ans, qui se présenta à l'hôpital en affirmant que, tous les 15 jours environ, il était pris d'un gonflement d'un genou, ce gonflement durait 4 ou 5 jours,

sans douleurs, puis tout disparaissait pour revenir 15 jours après. D'après ce qu'il racontait, il avait dû avoir une attaque du côté de la hanche avant d'avoir le genou envahi.

Le récit du malade nous trouva un peu incrédules, mais nous fûmes obligés de nous rendre à l'évidence, lorsque nous vîmes les accidents se dérouler devant nos yeux.

On essaya plusieurs traitements qui modifièrent un peu la marche de la maladie sans pouvoir l'enrayer, et il n'y eut que les raies de feu, pratiquées avec le cautère, et la compression qui guérirent le malade.

M. Verneuil. J'ai observé deux faits analogues, l'un chez une jeune fille à l'hôpital Lariboisière, l'autre chez un jeune homme, qui était de passage à Paris.

Ces faits ont été publiés dans la thèse de M. Régon et dans celle d'un de mes élèves, M. Canonne.

Je les rechercherai et je les ferai connaître à la Société dans la prochaine séance. Je veux seulement faire remarquer qu'il n'est pas possible d'expliquer cette curieuse affection par le rhumatisme.

M. Panas. Je désire ajouter que ma malade n'avait jamais eu de fièvre intermittente et je veux faire ressortir l'influence que la grossesse semble avoir eu dans ce cas, car, deux fois, la grossesse a fait cesser, pendant un certain temps, les troubles articulaires.

D'après l'excellent résultat obtenu par l'emploi du fer rouge, dont vient de nous parler M. Le Dentu, je me déciderai à essayer de ce mode de traitement.

Présentation de pièce.

M. Anger. Je désire présenter à la Société, une pièce de fracture de l'extrémité supérieure du fémur recueillie chez un fœtus de 8 mois, occasionnée par une chute de la mère vers le 7e mois de la grossesse.

La possibilité de ces fractures intra-utérines ayant été niée, il n'est pas sans intérêt d'en établir la réalité.

Voici dans quelles conditions le fait s'est présenté à l'observation :

Le 25 février dernier, accouchait, dans mon service, à l'hôpital de Lourcine, une femme de 20 ans qui présentait des plaques muqueuses avec œdème des grandes lèvres et une roséole en voie de disparition. Elle était au 8e mois de sa grossesse, et après des dou-

leurs modérées, elle expulsait un fœtus encore inclus dans les membranes.

L'enfant avait le développement d'un fœtus de 8 mois, et il a vécu 8 jours. Dès sa naissance, on nous signala une déformation de la hanche gauche. Le grand trochanter de ce côté faisait une saillie notable, comme s'il se fût agi d'une luxation congénitale du fémur, et, de fait, nous crûmes que telle était bien l'affection avec laquelle était né cet enfant.

On ne trouvait, d'ailleurs, sur le corps aucune trace de syphilis congénitale. Après avoir pris le sein pendant quelques jours, l'enfant succomba 8 jours après sa naissance.

L'autopsie fut faite dans la prévision de trouver une luxation congénitale du fémur; et, auparavant, je fis remarquer aux élèves du service que le membre inférieur gauche semblait raccourci, qu'il était dans une demi-flexion avec rotation en dedans, avec un peu de force on pouvait le ramener dans l'extension, mais sans faire disparaître la saillie du grand trochanter.

Après avoir découvert l'articulation, au lieu d'une luxation c'est une fracture que je constatais. Cette fracture siége à l'union de la base cartilagineuse du grand trochanter avec la diaphyse du fémur, en sorte qu'on pouvait également la considérer comme une disjonction épiphysaire.

Si j'emploie le terme de fracture, c'est qu'il résulte des recherches de M. Sappey que le point d'ossification de la diaphyse fémorale se prolonge jusque et y compris le col du fémur. Mais je me hâte d'ajouter qu'il serait plus vrai d'employer le terme de disjonction; car, en réalité, sur la pièce que je vous présente, c'est bien l'extrémité supérieure cartilagineuse qui a été violemment décollée de la diaphyse déjà ossifiée.

Quoi qu'il en soit du terme le plus approprié au cas actuel, le fait important c'est le déplacement de l'extrémité cartilagineuse du fémur sur la diaphyse ossifiée. Or, ce déplacement s'est fait en arrière, de sorte que l'axe du fémur ne se continue plus avec celui du grand trochanter qui a basculé en arrière, et forme un coude avec le reste du fémur. Il y a, à la fois, déplacement de l'extrémité supérieure du fémur, suivant l'épaisseur et suivant la direction, et c'est la saillie du grand trochanter qui avait fait croire à une luxation congénitale. En outre, ce déplacement est permanent; car il est impossible de ramener la tête et le corps du fémur dans une direction normale. L'obstacle à la réduction réside dans le périoste, qui, en arrière, maintient les deux fragments dans leur fausse position.

Après avoir constaté la fracture ou, si l'on veut, la disjonction de l'extrémité supérieure du fémur, et m'être convaincu que ce

CLICHY. — Imp. PAUL DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12. (271, 78.) — *Le gerant:* MASSON.

traumatisme était ancien, puisqu'il était impossible de remettre les fragments dans leurs rapports normaux, je dus me préoccuper d'en rechercher la cause et voici ce que j'appris :

La mère de l'enfant avait toujours été bien portante jusqu'au 4e mois de sa grossesse. Mais, à cette époque, elle eut un chancre. La grossesse n'en continua pas moins sans incident notable, jusqu'au 7e mois environ. Vers cette date, le 5 février, elle fit une chute de plusieurs mètres dans une cave.

Le choc eut lieu sur l'abdomen du côté gauche, et il en résulta une contusion avec épanchement sanguin. A partir de ce moment, elle ressentit jusqu'à son accouchement des douleurs assez vives pour la forcer à garder le lit. Il n'y eut cependant ni hémorrhagie, ni douleurs expulsives.

Il me semble que ces renseignements sont suffisants pour expliquer le traumatisme et la fracture observée chez le fœtus, fracture irréductible, par conséquent ancienne, et n'étant accompagnée ni de déchirures, ni d'épanchement sanguin.

Je crois également que cette fracture n'a rien à faire avec la syphilis, quoique la mère en portât les traces indéniables lors de son accouchement.

En effet, la syphilis était récente, et datait seulement de 3 mois, comme le prouve l'existence des plaques muqueuses et de la roséole au moment de l'accouchement. Si l'on voulait invoquer la syphilis seule pour expliquer la disjonction de l'extrémité cartilagineuse du fémur, il faudrait admettre que les premières manifestations syphilitiques chez le fœtus atteindraient d'abord les os, et cela très-rapidement, puisque la syphilis maternelle en était encore aux accidents secondaires.

En outre, l'extrémité fracturée devrait porter les traces d'une altération qui n'existe pas. Enfin, la syphilis eût également imprégné les autres os, et il n'en est rien.

Je crois donc pouvoir conclure de ces considérations que le décollement de l'extrémité cartilagineuse supérieure du fémur est bien réellement dû au traumatisme et qu'il y a lieu d'admettre la possibilité ou plutôt la réalité des fractures intra-utérines.

M. Polaillon. Je ne serais pas éloigné d'admettre que la lésion que vient de nous montrer M. Anger a été produite sous l'influence de la syphilis.

J'ai présenté à la Société une observation de fractures multiples, chez un nouveau-né, occasionnées par la syphilis. Pour être entièrement fixé sur ce point, il est nécessaire de faire une coupe des os pour savoir s'il existe les lésions décrites par M. Parrot :

raréfaction du tissu spongieux de l'épiphyse et condensation au-dessous de la fracture.

Dans le cas de M. Anger, le diagnostic de la syphilis est douteux, mais je ne crois pas que l'on puisse repousser la syphilis parce que la femme a été prise de syphilis pendant sa grossesse. L'enfant dont j'ai présenté les os ne portait aucune trace extérieure de syphilis, mais la mère était bien nettement syphilitique ; venu à terme dans d'excellentes conditions apparentes de santé, il commença par refuser le sein, puis il finit par succomber.

M. Le Dentu. Depuis les travaux de M. Parrot, la syphilis infantile commence a être bien connue ; aussi je crois que, dans le cas de M. Anger, la syphilis ne peut pas être mise en cause.

Dans toutes les pièces que nous a fait voir M. Parrot, les lésions osseuses étaient toujours multiples : disjonctions de plusieurs épiphyses, exsudats sous le périoste, déformations et épaississement ; or, ce n'est pas cela que l'on observe dans le fait rapporté par M. Anger.

La lésion est limitée à un seul fémur et dans la diaphyse. Il y a eu de plus un traumatisme qui ne laisse pas de doute sur l'étiologie.

Je serais heureux d'entendre exposer les raisons qui ont fait admettre, par M. Polaillon, l'existence de la syphilis chez l'enfant dont il vient de nous parler.

J'observe, dans ce moment, un enfant qui me fut amené parce qu'il présentait un gonflement de plusieurs épiphyses. Je fus très-embarrassé pour poser un diagnostic, et j'avoue que j'avais une certaine difficulté à admettre la syphilis, dont je ne trouvais aucune trace dans les antécédents du père et de la mère.

Malgré le traitement que j'instituai l'enfant maigrissait, lorsque, il y a huit jours, je vis apparaître une roséole et un syphilide papuleux qui tranchèrent toute difficulté. Je me trouve donc en présence d'une syphilis infantile ayant débuté par les os.

Le diagnostic est toujours délicat et je crois qu'il serait avantageux que M. Polaillon voulût bien nous donner quelques renseignements.

M. Polaillon. Lorsque j'observai pour la première fois mon jeune malade, je fus très-embarrassé pour expliquer les lésions que je constatai. La mère était bien nettement syphilitique, et, ne pouvant trouver aucun traumatisme je pensai à la syphilis.

Il n'y eut pas de syphilide, l'enfant succomba avant toute éruption.

Lorsqu'on présenta les pièces à M. Parrot, il n'y eut pas un instant d'hésitation pour affirmer que l'on se trouvait en face de

lésions syphilitiques : exostoses de la colonne vertébrale, dépôts sous-périostiques, raréfaction au-dessus de la disjonction et condensation en dessous.

Comme l'a montré M. Parrot, c'est la différence existant entre ces deux portions du tissu osseux qui occasionne si facilement les fractures spontanées.

Dans la pièce de M. Anger, il n'y a qu'une seule fracture, mais je crois que la pièce a été grattée, et il n'est pas possible de savoir s'il y avait des dépôts sous-périostiques; je crois que, pour décider la question, il faut absolument faire une coupe.

M. Desprès. Je considère la pièce qui nous est présentée comme étant une fracture.

Les lésions syphilitiques des os peuvent se présenter avant les éruptions. Pendant la période prodromique de la syphilis, on voit souvent survenir des gonflements du périoste qu'il ne faut pas confondre avec des gommes.

Quant à l'époque de contamination de la mère, il faut faire une grande distinction entre la syphilis gagnée pendant la grossesse ou la syphilis contractée en même temps que la grossesse. Dans ce cas, les femmes ne vont pas jusqu'à la fin, elles avortent.

M. Lannelongue. Je ne suis pas de l'avis de plusieurs de mes collègues : pour moi il ne faut pas songer à une fracture ; je ne puis voir là qu'un décollement de l'épiphyse, dont la cause doit être rapportée à la syphilis.

Ce n'est pas la seule lésion qui se trouve sur le petit squelette que nous présente M. Anger, l'autre fémur présente à ses deux extrémités des décollements. En outre, je ne vois pas là les signes d'un cal ; je trouve des aspérités, mais pas de cal, et il faut absolument faire une coupe pour en avoir la preuve évidente.

Chez l'enfant, toute la partie supérieure du fémur est cartilagineuse, et, pour moi, le décollement se trouve entre cette masse cartilagineuse et le corps du fémur ; c'est donc un cas qui rentre dans les faits publiés par Vidal, par M. Guéniot, par M. Parrot et qui est sous la dépendance de la syphilis.

M. Anger. Je ne puis voir là un décollement de l'épiphyse, qui siégerait plus haut ; je regarde cette pièce comme un exemple de fracture produite par le traumatisme subi par la mère.

Quant à la mobilité que M. Lannelongue a constatée dans d'autres parties du squelette, elle tient certainement à l'âge et peut-être à la macération.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Le secrétaire,

Horteloup.

Séance du 3 avril 1878.

Présidence de M. F. Guyon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine ; les *Archives générales de médecine ;*

2° La *Gazette médicale de Bordeaux;* l'*Union médicale du Nord-Est;* le *Montpellier médical;* le *Lyon médical;* le *Marseille médical;* le *Bordeaux médical;* l'*Année médicale ;* journal de la société de médecine de Caen et du Calvados; la *Gazette médicale* de Strasbourg;

3° Deux mémoires du Dr Esmarch, l'un sur la résection des articulations de l'épaule, l'autre intitulé : *Aphorismes sur le cancer ; Traité de la lymphangite endémique des pays chauds*, par le docteur Mazac Azema; *Bulletin de l'Académie royale de Belgique; Estudos medicos*, organe de la Société des études médicales de Coimbre; le *British medical journal;* la *Gazette médicale* italienne-lombarde ; le 3e fascicule des mémoires couronnés et autres mémoires de l'Académie royale de Belgique ;

4° Une lettre du Dr Nicaise demandant un congé d'un mois pour raison de santé ;

5° Une note des travaux du Dr José Pereira Guymaraens, qui sollicite d'être mis au nombre des candidats au titre de membre correspondant étranger;

6° Un mémoire de M. le Dr Gross, de Nancy, intitulé : *Contribution à l'histoire des tumeurs sarcomateuses des parties molles de la paume de la main.*

A l'occasion du procès-verbal, M. T. Anger demande la parole.

Dans la dernière séance, j'ai présenté une pièce que je regardais comme une fracture intra-utérine, plusieurs de nos collègues n'ont pas partagé cette opinion et ont émis l'opinion qu'il y avait là une des manifestations de la syphilis. Pour élucider cette question, j'ai pratiqué une coupe du fémur et j'ai prié M. Parrot de vouloir bien me donner son avis.

M. Parrot n'a pas hésité à déclarer que la syphilis ne devait nullement être mise en cause ; il a bien voulu me montrer des pièces de fractures d'origine syphilitique et m'indiquer les différences qui

existent entre les lésions syphilitiques et la lésion que je lui présentais.

Dans ma pièce, la fracture ou la disjonction existe entre le cartilage et le corps ossifié de la diaphyse. Dans la syphilis, la séparation a toujours lieu au-dessous du cartilage, auquel reste adhérente une couche de tissu chondroïde, ayant un millimètre d'épaisseur.

Je ne tiens pas au mot de fracture,et je suis tout disposé à reconnaître un décollement de l'épiphyse, mais la syphilis n'en a été nullement la cause, car on ne trouve pas la portion de tissu chondroïde adhérente au fragment supérieur qui existe toujours dans les fractures d'origine syphilitique, ainsi que l'a démontré M. Parrot.

M. Lannelongue. Les renseignements que vient de nous donner M. Anger ne permettent plus de penser à une origine syphilitique, mais je crois, comme l'admet notre collègue, qu'il n'y a pas eu fracture, mais décollement de l'épiphyse. La discussion qui a été soulevée dans la dernière séance m'engage à vous communiquer un exemple de syphilis infantile héréditaire, dont les manifestations osseuses sont survenues tardivement en présentant une forme qui, au premier abord, devait en faire méconnaître la nature.

Le père, en effet, a eu la syphilis un an avant la naissance de l'enfant; je n'ai pu avoir sur la mère des renseignements précis. L'observation indique les commémoratifs de l'enfant jusqu'au jour de son entrée ; la mort ayant été accidentelle et provoquée par une diphthérie, nous avons trouvé dans les deux tibias et le maxillaire inférieur des lésions osseuses de formes variées : d'une part, des productions osseuses nouvelles, véritables exostoses; de l'autre, des suppurations intra-osseuses. L'un de ces abcès, celui du tibia qui s'est ouvert à l'extérieur, a laissé une cavité placée au centre de l'épiphyse supérieure de cet os. Le cartilage épiphysaire est détruit au niveau de cette cavité, qui s'étend à la fois au-dessus et au dessous de lui. Cette cavité, ainsi que le démontrent les pièces anatomiques que je mets sous les yeux de la Société, est déjà en voie de réparation, elle est tapissée par une membrane rougeâtre émettant quelques prolongements qui la cloisonnent. Séparée de l'extérieur, tout porte à croire qu'elle se serait réparée. Si contrairement à mes prévisions elle eût persisté, elle aurait constitué dans la suite un abcès épiphysaire dont l'origine eût été certainement méconnue. Enfin un abcès analogue occupant la partie supérieure de la branche de la mâchoire a produit une fracture spontanée de cette branche, que nous n'avons pas pu prendre sur le cadavre.

A part les autres accidents syphilitiques du nez et de la peau qui devaient mettre sur la voie du diagnostic, la forme des lésions os-

seuses se présentait sous des apparences qui n'auraient pas révélé leur nature quand l'enfant nous a été amené à l'hôpital. A ce titre, cette observation se présente avec un attrait pratique incontestable. Elle fait voir que certaines lésions osseuses syphilitiques prennent une forme aiguë trompeuse, simulant à s'y méprendre les ostéo-périostites ordinaires.

François-Joseph Schiman, âgé de 4 ans, est apporté dans mon service le 28 janvier 1878.

La mère se déclare bien portante; le père a eu une syphilis incontestable 1 an environ avant la procréation de son fils, il est de plus alcoolique. Le grand-père maternel est mort phthisique. Jusqu'à l'âge de 3 ans, cet enfant a eu quelques accidents cutanés que la mère dit insignifiants ; il en a eu en particulier au cuir chevelu, qui est presque dégarni de cheveux. Il y a 3 ou 4 mois, il se déclara une ulcération nasale qui a pris un caractère persistant. Enfin, le 23 janvier, cet enfant a été pris d'un gonflement à la jambe dont on ne peut retrouver la cause, et qui l'a fait conduire à l'hôpital. Il est âgé de 4 ans, blond, pâle, chétif. Son cuir chevelu n'a que de très-rares cheveux ; ses sourcils sont dégarnis ; il n'a pas d'accidents cutanés, sauf au cuir chevelu où on trouve quelques taches légèrement papuleuses avec une desquammation furfuracée. Il existe sous le lobule du nez une ulcération occupant la sous-cloison, une partie des fosses nasales ainsi que le plancher inférieur des deux narines. Cette vaste ulcération est encore en voie d'évolution ; elle a déformé les narines, et les téguments autour d'elle ont une coloration mate, luisante. En même temps, je constate à mon grand étonnement, du côté droit de la mâchoire inférieure, une fracture spontanée, occupant la partie supérieure de la branche de la mâchoire ; en ouvrant la bouche on trouve une suppuration émanant du foyer de la fracture. La lésion pour laquelle il est conduit à l'hôpital occupe le membre inférieur gauche. Elle consiste dans une collection purulente visible au côté externe du genou gauche. Cette collection a une forme allongée en boudin, remonte jusqu'au quart inférieur de la cuisse et descend jusqu'au quart supérieur du tibia. Elle est sous-cutanée. La peau est rouge et amincie en certains endroits. Il y a tout de suite à se demander d'où vient ce pus et quel est son siége ? L'examen du genou montre qu'il n'est pas dans l'articulation, puisque le pus ne va pas dans l'article. Mais comme la collection repose sur l'extrémité inférieure du fémur et sur l'extrémité supérieure du tibia, il y a à se demander si elle est indépendante. Je ne la crois pas en rapport avec le fémur, parce que l'exploration de cet os montre qu'il n'est pas augmenté de volume dans les portions accessibles ; d'autre part, l'abcès semble glisser au-devant de lui. De plus, l'examen du tibia montre que

vers la tubérosité antérieure de cet os, au point où naît l'abcès, il y a là peut-être un peu de gonflement de l'os. En tout cas, il y a des douleurs beaucoup plus vives qui me feraient croire que l'abcès part de l'extrémité supérieure du tibia. J'ajoute que l'abcès est plus avancé en bas qu'en haut, ce qui semble dire qu'il est né là. Enfin je note un peu d'œdème de la jambe au-devant du tibia, peut-être un peu d'infiltration de la diaphyse, et en outre une vascularisation périphérique à l'abcès, d'où je conclus à une lésion de l'extrémité supérieure du tibia, et, pour empêcher que l'articulation ne se prenne, je l'ouvre immédiatement. Les ganglions de l'aine sont un peu engorgés.

L'abcès ouvert en bas, il est sorti un pus sanguinolent fétide et très-abondant, et mon doigt introduit ne permet pas de reconnaître d'os dénudé, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y en ait pas; je renvoie, comme je le fais d'habitude, l'exploration minutieuse à cet égard.

4 février. — Le gonflement est complétement tombé : j'examine la plaie avec un stylet et je découvre un trajet qui le conduit à la surface du tibia et qui pénètre dans l'os à 1 centimètre de profondeur. A proprement parler, il n'y a pas de dénudation, mais un petit trajet intra-osseux placé exactement sur la partie antérieure de la tubérosité externe du tibia, presque en regard de ce qui sera plus tard la tubérosité antérieure. L'état général de l'enfant est bon. Dans les jours suivants, la plaie diminue et se cicatrise presque en entier. L'enfant est soumis à un traitement uniquement tonique.

12 février. — En passant avec un stylet dans la fistule qui existe, je m'engage dans une cavité placée dans l'épiphyse du tibia. Le stylet s'enfonce dans l'os à 2 centimètres de profondeur, perpendiculairement à la surface externe du condyle, parallèlement au plan articulaire. Les autres lésions de la mâchoire et du nez ont le même aspect ; de plus, en recherchant avec soin sur l'autre tibia, on sent une épine à l'extrémité supérieure de la diaphyse. Même régime encore.

Le 13 février l'enfant contracte la diphtérie, il fut opéré du croup le 18 et il succomba deux jours après.

Autopsie, 1er mars 1878. — L'articulation du genou du côté malade est absolument saine et je remarque tout de suite que mon incision est cicatrisée et réduite à 1 demi-centimètre sur la tubérosité externe du tibia et qu'elle est couverte par un bourgeon charnu. Je n'ai pas pu avec un stylet m'engager dans l'orifice qui se produisait au centre de l'os; mais, immédiatement après avoir incisé la peau, je n'ai pas tardé à retrouver sous elle le trajet qui s'engage dans l'os. Comme sur le vivant, ce trajet s'engage dans la cavité que j'ai signalée. Ce trajet est immédiatement placé au-dessous du cul-de-sac de la synoviale articulaire.

Après avoir dépouillé l'os de ses parties molles, je remarque qu'il existe immédiatement au-dessous de l'orifice fistuleux un tubercule osseux du volume d'un pois et mobile ; ce tubercule est saillant, il fait partie de la tubérosité externe du tibia. Il est placé au-dessus de l'insertion du ligament antérieur du genou, au joint où la tubérosité externe du tibia se renfle. La surface de ce tubercule est recouverte par un périoste un peu rouge et les fibres musculaires du jambier antérieur s'insèrent sur lui, au-dessous de lui, et à la tubérosité externe du tibia, sur le relief que fait le bord inférieur de cette saillie.

En prenant beaucoup de précautions, je cherche à le détacher, mais je m'aperçois que je suis obligé de détruire avec le scalpel un tissu fibreux qui l'unit à l'épiphyse et qui se continue avec le périchondre, aussi je renonce à ce moyen. J'observe en même temps que le trajet qui m'a conduit dans la cavité et qui communiquait primitivement avec l'extérieur est presque complétement comblé et qu'il m'a fallu assez d'efforts avec un stylet pour arriver dans la cavité.

Par une coupe transversale passant dans l'épiphyse, en plein milieu, coupe parallèle au plan articulaire du tibia, je mets à découvert une cavité placée dans l'épiphyse et descendant un peu au-dessous de la ligne du cartilage épiphysaire, à 2 centimètres environ. Son plus grand diamètre est transversal et s'étend presque depuis la face externe de la tubérosité externe jusqu'au delà de la ligne médiane, en arrière, dans le sens antéro-postérieur. Ce plus grand diamètre a 1 centimètre 1/2 d'étendue environ. Son diamètre vertical est de 1 centimètre 1/4. Elle n'est séparée en haut de l'articulation que par un intervalle de 1 millimètre 1/2 environ. J'ai dit qu'en bas elle descendait à plus de 1 millimètre du cartilage épiphysaire. Cette cavité est placée en plein tissu cartilagineux de l'épiphyse, qui est détruit pour lui faire place et qui forme sa paroi dans la plus grande partie de son étendue. Pourtant le noyau d'ossification de l'épiphyse forme aussi limite de la cavité, mais dans une assez faible étendue. Dans la plus grande partie de son trajet la cavité est tapissée par une fausse membrane molle, rouge, qui envoie des cloisonnements dans son intérieur.

Le tubercule osseux que j'ai signalé au début fait partie intégrante de la paroi de la cavité, mais il paraît encore cartilagineux dans la portion qui fait paroi. Le trajet par lequel la cavité s'ouvrait en dehors, creusé en plein cartilage, est comblé par une substance fibreuse.

La partie cartilagineuse de l'épiphyse est plus vasculaire, présente des canaux dilatés, tortueux, irréguliers. Le noyau d'ossification, comparé à celui du côté sain, n'offre guère de différence.

Au milieu de ce noyau on trouve de petites taches blanches brillantes, paraissant être des parties du cartilage non ossifiées. Le tissu osseux de la diaphyse est sain.

Tibia du côté droit. — La surface du tibia droit présente, à son extrémité supérieure, deux exostoses : l'une a 2 millimètres de hauteur, en forme d'épine ; la seconde est beaucoup plus petite. Toutes les deux sont placées sur la partie supérieure de la diaphyse, qui commence à se renfler. Une coupe de l'os le montre sain.

Les poumons, très-emphysémateux, présentent toutes les lésions de la broncho-pneumonie ; les reins n'ont rien de particulier. Il existe un peu d'endocardite sur le bord libre de l'orifice aortique. Le foie est congestionné et d'un rouge noirâtre, il présente un épaississement fibreux de la capsule gros comme un pois.

M. Guéniot. C'est en 1869 que j'ai présenté le premier fait de suppuration des surfaces épiphysaires des os ; chez l'enfant que j'avais observé, sauf les extrémités des deux os de l'avant-bras, toutes les épiphyses étaient prises.

On constatait un disque purulent, maintenu par le périoste, entre l'épiphyse et la diaphyse.

Je n'avais nullement rapporté ces lésions à de la syphilis, et ce fut M. Parrot qui, en étudiant des faits analogues, a pu démontrer qu'il y avait là des lésions d'origine syphilitique.

De ces intéressantes recherches il est nettement ressorti que les lésions syphilitiques étaient toujours multiples, et dans l'observation de M. Anger la lésion est unique. L'origine syphilitique devant être complétement écartée, nous nous trouvons en présence d'une fracture intra-utérine ; c'est un cas très-rare et très-instructif, mais qui me paraît hors de doute.

M. Panas. Depuis la dernière séance, j'ai relu la thèse de M. Ragon, soutenue en 1877. On y trouve quatre observations d'hydarthrose intermittente : deux appartiennent à M. Verneuil, une à M. Ledentu, et la quatrième, recueillie dans le service de M. Constantin Paul, n'est autre que celle dont je vous ai entretenus dans la dernière séance.

Trois de ces observations sont bien incomplètes ; mais cependant je crois qu'en les analysant avec soin, ainsi que celle que je vous ai communiquée, on peut en tirer des renseignements assez précis pour esquisser l'histoire de cette curieuse affection.

Le *sexe* ne paraît avoir rien de spécial, puisque, sur quatre observations, il y a deux hommes et deux femmes.

L'*âge*, au contraire, donne un renseignement important : le

malade de M. Ledentu avait 14 ans ; ceux de M. Verneuil, l'un 25 et l'autre 27 ans ; la mienne 22 ans.

On peut donc en conclure que cette hydarthrose intermittente est une affection de l'adolescence et de la jeunesse.

Le *siége* n'a rien de spécial. Le genou est peut-être le siége de prédilection ; mais, dans le cas de M. Ledentu, la hanche et l'articulation du cou-de-pied avaient été envahies. Il ne faut donc pas croire que le genou peut être seul atteint.

Si nous étudions l'ensemble de l'attaque, nous voyons qu'il y a deux périodes à considérer :

La première comprend l'apparition, la durée et la disparition de l'épanchement ; la seconde comprend le temps pendant lequel l'articulation reste intacte.

La première période a été, chez un des malades de M. Verneuil, de 4 jours ; chez celui de M. Ledentu, de 11 à 12 jours ; chez la mienne, elle est de 8 jours : ce qui donne une durée moyenne de 8 jours.

La seconde période (temps de répit) a été de 15 jours chez le malade de M. Verneuil, 4 jours celui de M. Ledentu, et 8 jours chez mon malade, c'est-à-dire une moyenne de 9 jours.

Avant de pénétrer plus profondément dans l'histoire de cette affection, je désire appeler l'attention sur l'influence manifeste que la grossesse a jouée chez les deux femmes :

Dans l'observation de M. Verneuil, rapportée dans la thèse de M. Canone, l'hydarthrose apparaît pour la première fois six semaines après les couches.

Pour ma malade, la première attaque a lieu six semaines après l'accouchement ; cette femme redevient enceinte, l'hydarthrose disparaît ; elle fait une fausse couche, et, douze jours après cet accident, l'épanchement revient.

Sans vouloir forcer les faits, il est impossible de ne pas admettre que la grossesse a eu une influence réelle sur cette affection.

J'arrive maintenant au point le plus délicat, à l'*étiologie;* à quelle cause peut-on rapporter cette affection ?

En examinant avec soin ma malade, j'ai pu reconnaître qu'il n'y a pas que les genoux de pris ; les articulations du pied, des doigts, du poignet, du coude sont le siége de craquements, qui tiennent à des arthrites sèches, dont l'origine arthritique a été depuis longtemps mise hors de doute. Lorsque l'épanchement articulaire des genoux disparaît, l'articulation reste le siége de frottements ; de plus, cette femme est sujette à des coryzas répétés et elle porte deux petites plaques d'eczéma sec ; on peut donc admettre que nous sommes en présence d'un sujet arthritique, et, en consé-

quence, j'intitulerais l'affection dont je vous entretiens hydarthrose arthritique intermittente.

Les caractères de l'asthritisme se retrouvent aussi dans les observations recueillies par MM. Verneuil et Ledentu.

Chez la malade de M. Verneuil, le mal commence par l'articulation tibio-tarsienne et attaque le genou, où il se fixe.

Chez le malade de M. Le Dentu, l'arthritisme est encore plus évident : un genou, à une première attaque, présente une telle quantité d'épanchement que Robert le traite par la ponction et l'injection iodée ; à la seconde attaque, 7 ans plus tard, la hanche est prise, puis le cou-de-pied et enfin le genou ; notons enfin qu'il existait deux pieds plats.

Je crois donc, en me basant sur ces faits, qu'il est rationnel d'admettre que nos malades ont été atteints d'arthrite déformante, avec épanchement abondant; et qu'il faut en rapporter la cause à l'arthritisme, qui peut seul expliquer cette intermittence.

Cette origine arthritique peut permettre d'expliquer l'influence que la grossesse a apportée dans la marche de cette lésion, car, si l'état puerpéral peut servir à réveiller la diathèse arthritique, la grossesse peut amener une perturbation favorable sur l'état morbide préexistant des articulations.

Un point qui suffit encore pour prouver la nature arthritique, c'est le peu de résultat obtenu par ces différents traitements. Avant d'en arriver aux raies de feu, qui ont donné une guérison à M. Voillemier, j'ai cru intéressant de soumettre ma malade aux alcalins et à l'arsenic.

J'ai parcouru les recueils étrangers et je n'ai trouvé aucun document pouvant être utilisé ; il faut donc espérer que l'avenir permettra de trancher toutes les questions que je n'ai fait qu'indiquer, soit en permettant de recueillir de nouveaux cas, soit en complétant les faits incomplets que l'on a déjà été à même d'observer, et particulièrement l'histoire de ce jeune homme que M. Verneuil a eu l'occasion d'examiner pendant son passage à Paris.

M. Le Dentu. En reprenant mes notes et en les réunissant à celles de M. Anger, j'ai pu reconstituer presque complétement l'histoire de mon malade :

Lorsque je l'ai observé, il avait 23 ans; il avait été pris, en 1856, à 16 ans, d'épanchement intermittent dans le genou droit, qui fut soigné par Ph. Boyer.

En 1859, nouvelle attaque au même genou, qui fut soignée par la ponction et l'injection iodée, par Robert; enfin, en 1863, époque où il me fut donné de le voir, il avait le genou gauche envahi.

La période d'augment de l'hydarthrose était de 4 jours, elle

restait stationnaire 1 jour, et disparaissait en 4 ou 5 jours; la durée de la crise était de 9 à 11 jours. C'est donc un peu plus long que chez la malade de M. Panas.

Les sangsues, les vésicatoires, la compression n'amenèrent aucune amélioration, trois raies de feu amenèrent la guérison.

Le père de ce jeune homme était bien nettement rhumatisant.

M. Guéniot. Je voudrais seulement faire une légère restriction au sujet de l'influence de la puerpéralité, qui ne me paraît pas évidente. Sur une des malades, l'hydarthrose survint 6 semaines après l'accouchement; c'est admettre pour l'état puerpéral une période un peu longue.

M. Trélat. Je remercie beaucoup M. Panas de nous avoir communiqué ce fait si intéressant. Le côté vraiment curieux est la périodicité si régulière de l'hydarthrose, dont on ne peut pas trouver l'explication.

Chez les individus atteints d'hydarthrose de nature rhumatismale, on note souvent des récidives, mais cette périodicité régulière de l'augmentation et de la décroissance du flot articulaire est tout à fait exceptionnelle.

La relation de l'hydarthrose et du rhumatisme a été mise hors de doute par plusieurs travaux, aussi ne suffit-il pas de dire que les sujets étaient arthritiques, car tous les individus atteints d'hydarthrose rhumatismale devraient présenter cette périodicité, et on ne la constate pas.

Je ne crois pas que l'on puisse admettre une manifestation de l'arthritisme comme l'entend M. Bazin, je crois qu'il y a seulement une affectation articulaire que je désignerais sous le nom d'arthrite rhumatismale généralisée.

M. Panas. Je désire répondre à l'observation de M. Guéniot en lui rappelant que chez les deux femmes dont j'ai parlé, il n'y avait pas d'antécédent rhumatismal : elles deviennent enceintes, et 6 semaines après leur accouchement ces accidents apparaissent. Une malade redevient enceinte, tous les accidents articulaires cessent pour réapparaître quelques jours après la fausse couche; il y a là une relation qu'il était indispensable de signaler, même sans y attacher une importance très-considérable.

Je ne puis accepter l'interprétation de M. Trélat, et je pense qu'il est préférable d'admettre de l'arthritisme plutôt qu'une simple affection articulaire rhumatismale.

On avait cru pouvoir expliquer la périodicité en invoquant soit l'hystérie, soit l'impaludisme; mais en prouvant qu'il y avait de l'arthrite sèche, je pense avoir prouvé qu'il fallait voir une manifestation du rhumatisme.

De plus, en constatant chez ma malade des accidents arthritiques, tels que de l'eczéma sec, il me paraît évident qu'il y a une affectation plus générale que le rhumatisme, et qu'il vaut mieux admettre l'arthritisme tel que l'a décrit M. Bazin.

Rapports.

M. Delens, au nom d'une commission composée de MM. Verneuil, Sée et Delens, commence la lecture d'un rapport sur *la névralgie des moignons,* de M. Chalot, de Montpellier.

Sur la proposition de M. Guyon, rapporteur, la Société décide de renvoyer au comité de publication l'observation suivante, qui lui a été adressée par M. le Dr A. Malherbe, professeur à l'École de médecine de Nantes :

Kyste du cou à contenu huileux. — Guérison par une injection d'alcool pur après évacuation partielle du contenu au moyen d'une aiguille capillaire. — Remarques sur la nature de ce kyste et sur le traitement de diverses collections liquides par l'injection d'alcool pur.

Il y a un an, M. le professeur Verneuil signalait à la Société de chirurgie 3 cas de kystes à contenu huileux situés au devant du sac lacrymal. Cette communication réveillait les souvenirs de quelques autres membres de la Société, et MM. Perrin et Le Dentu disaient avoir observé, le premier, 2 cas, le second, 1 cas de la même affection ayant le même siége. Selon M. Verneuil, ces kystes auraient été signalés déjà en Allemagne. Quoi qu'il en soit, cette affection est certainement très-rare, car elle n'est point décrite dans les auteurs classiques, et M. Heurtaux, le savant auteur de l'article Kyste du *Dictionnaire de Jaccoud*, n'en fait pas mention. Il y a donc quelque intérêt, bien qu'il ne s'agisse pas là d'une maladie grave, à recueillir les faits de kystes huileux qui peuvent se présenter à nous. En outre, dans le cas que je viens exposer, la guérison a été obtenue par un mode de traitement sur lequel je crois utile d'appeler l'attention. Il y a enfin quelques observations récentes d'épanchements traumatiques d'huile au milieu des tissus, et bien qu'il s'agisse là, je crois, d'une lésion toute différente, il n'est pas hors de propos de la mettre en parallèle avec les kystes à contenu huileux. On se souvient, en effet, que dans la discussion soulevée par la communication de M. Verneuil, M. Perrin admit l'origine accidentelle des deux kystes qu'il avait observés, tandis que MM. Verneuil et Magitot admettaient l'origine congé-

nitale des kystes huileux et les rapprochaient par conséquent des kystes dermoïdes. M. Le Dentu se rangeait au même avis. Avant de discuter ces deux opinions, je dois rapporter le fait qu'il m'a été donné d'observer :

Observation. — Mademoiselle D..., âgée de 25 à 30 ans, institutrice dans une famille des environs de Saumur, mais ayant sa famille à Nantes, vient me consulter au mois de juillet 1876 pour l'état général de sa santé d'abord, pour l'état de ses yeux ensuite, et enfin pour une petite grosseur qu'elle porte sous l'angle de la mâchoire du côté droit. Elle est légèrement anémique, par suite des fatigues de sa profession; le fer et le quinquina ont suffi à l'améliorer. Les troubles de la vision sont dus à un léger vice de réfraction et ne présentent pas de gravité.

Je n'insiste pas sur ces états pathologiques, et j'ai hâte d'arriver à la petite tumeur signalée plus haut.

Cette tumeur paraît s'implanter assez profondément; elle est peu mobile, étant située au-dessous de cette partie de l'aponévrose cervicale qui, du bord inférieur de la mâchoire, s'étend au sterno-mastoïdien. Du volume d'une grosse noix, la tumeur fait saillie en arrière et un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire. En raison des rapports que je viens d'indiquer, la saillie de la tumeur est peu apparente à l'inspection simple; on dirait que l'angle de la mâchoire est un peu plus gros à droite qu'à gauche, et voilà tout; mais si l'on vient à palper et à déprimer les parties voisines de la grosseur, on la limite parfaitement en haut, en bas, en avant et en arrière; en dehors, on sent que la peau glisse sur elle avec la plus grande facilité. En revanche, il est impossible de dire quelles sont en dedans les connexions de la tumeur, si elle a pris naissance sur la face profonde de l'os maxillaire inférieur ou sur une partie voisine.

Il y a une fluctuation parfaitement nette.

Voici maintenant les antécédents de la malade au point de vue de cette tumeur :

Mademoiselle D... avait 5 ou 6 ans lorsqu'on s'aperçut de l'existence d'une petite grosseur qui depuis lors ne fit qu'augmenter, mais avec une lenteur extrême, puisqu'elle a mis une vingtaine d'années à acquérir le volume que nous constatons aujourd'hui. Il n'y a jamais eu de douleur ni de gêne des mouvements de la mâchoire. Les divers médecins consultés à ce sujet ont prescrit, les uns de la teinture d'iode en badigeonnages, les autres la tisane de feuilles de noyer; l'un d'eux a conseillé de traverser la tumeur avec un fil d'argent. En un mot, il semble, d'après les traitements indiqués, que cette tumeur ait été prise pour un ganglion suppuré ou chroniquement enflammé.

L'ensemble des antécédents excluait l'idée d'un abcès froid ganglionnaire ou autre, car un abcès ne dure pas 20 ans sans s'ouvrir à l'extérieur; de plus, il n'y avait ni base indurée, ni lésions inflammatoires dans le voisinage, ni aucune trace de scrofules. Enfin, la tumeur n'occupait pas exactement le point où l'on rencontre le chapelet des gan-

glions du cou. Il fallait donc conclure à un kyste. Quelle espèce de kyste pouvait-on avoir devant les yeux? S'agissait-il d'un kyste dermoïde? d'un kyste développé dans un ganglion lymphatique? d'un épanchement sanguin passé à l'état kystique? J'avoue que je laissai le diagnostic en suspens. Je proposai à la malade de piquer son kyste avec une aiguille de la seringue de Pravaz, ce qu'elle accepta, et je vis sortir un liquide ayant l'aspect d'une huile un peu pâle, absolument transparente. J'en retirai le contenu d'une ou deux seringues, et j'injectai dans le kyste une seringue d'alcool pur. Cette petite opération n'occasionna aucune douleur et bientôt la malade, dont les vacances étaient terminées, partit pour reprendre son poste, améliorée à tous les points de vue. Je reviendrai dans un instant sur la nature du liquide kystique. Pour le moment, je poursuis l'histoire du kyste.

Au mois de juillet 1877, c'est-à-dire un an après la première opération, mademoiselle D... revint me voir avec son kyste à peu près dans le même état que l'année précédente. Il s'était rempli lentement, sans douleur, et elle désirait qu'il fût vidé de nouveau.

J'examinai derechef les rapports de la poche kystique, et il me sembla qu'elle naissait très-profondément sous l'angle de la mâchoire. Je me rappelais que le liquide n'avait pas été examiné assez complétement lors de la première opération, et je me demandais si je n'avais pas affaire à un kyste dermoïde. Comme l'opération radicale de cette tumeur aurait pu m'entraîner assez loin et aurait été laborieuse, sans compter les accidents possibles, je résolus de vider la tumeur en grande partie et d'y injecter une plus grande quantité d'alcool.

Je me réservais de faire plus tard une opération radicale, si l'accroissement de volume devenait menaçant.

Je tirai du kyste, par le même procédé que la première fois, dix à douze seringues de Pravaz d'un liquide absolument identique à celui de l'année précédente. J'injectai ensuite deux seringues de Pravaz d'alcool pur.

Il y eut une sensation de cuisson très-modérée qui dura tout au plus une demi-heure; il ne survint aucun accident consécutif. Depuis lors la tumeur a diminué peu à peu, mademoiselle D... est allée à la Bourboule rejoindre ses élèves.

Je l'ai revue vers la fin d'octobre, c'est-à-dire trois mois après la dernière opération. A mon grand étonnement, je ne pus retrouver trace du kyste. Je n'oserais même pas affirmer la présence d'un petit point induré à la place qu'occupait précédemment la tumeur. La guérison semble donc radicale.

Examinons maintenant la nature de ce kyste et le traitement qui a été choisi.

D'abord, le liquide avait, comme je l'ai dit, l'aspect d'une huile un peu pale; il graissait les doigts et tachait le papier. Il n'était point visqueux ni gluant, ne filait pas comme la synovie, et par le simple refroidissement il se figeait en perdant seulement un peu de sa transparence. Les 10 ou 12 centimètres cubes de liquide recueillis ont été remis par moi à M. Andouard, professeur de chimie à l'École de médecine,

qui a bien voulu se charger de l'analyse et me remettre la note suivante :

Analyse.

EN POIDS.	
Kyste huileux, poids total du liquide	6g4830
Oléine	5,8202
Palmitine	0,6143
Chlorure de sodium / Oxyde de fer	0,0065
Perte	0,0420
TOTAL	6,4830

RÉDUCTION EN CENTIÈMES.	
Oléine	89,7763
Palmitine	9,4756
Chlorure de sodium / Oxyde de fer	0,1003
Perte	0,6478
	100,0000

J'ai fait plusieurs préparations microscopiques, soit sans aucun réactif, soit après avoir mélangé le liquide pathologique avec un peu de picrocarmin. Je n'ai pu constater nettement la présence d'aucun élément anatomique, soit sain, soit dégénéré, tandis que dans la plupart des tumeurs à contenu gras (kystes sébacés) on en trouve des quantités. J'ai vu seulement un certain nombre de figures assez élégantes formées par de la graisse cristallisée. Ces figures, dont je regrette de n'avoir pas conservé de dessins, se rapprochent de celles qu'on voit dans les cellules adipeuses où la graisse s'est cristallisée, sans toutefois leur être identiques. Je m'attendais à voir des tablettes de cholestérine (l'analyse chimique n'étant encore pas faite); mais, malgré une recherche attentive, je n'en ai pas trouvé une seule. On voit par l'analyse de M. Andouard et par l'examen microscopique auquel je me suis livré que la composition du liquide kystique est très-simple; près de 90 0/0 d'oléine, près de 10 0/0 de palmitine, un peu de chlorure de sodium et d'oxyde de fer, aucun élément anatomique en suspension dans le liquide : tel est le résultat de nos recherches, sur lesquelles je me permets d'insister parce que j'ignore si l'analyse d'un semblable liquide a déjà été faite et publiée.

Les détails dans lesquels je viens d'entrer montrent bien qu'il s'agit d'un kyste analogue à ceux dont M. le professeur Verneuil nous a appris l'existence; mais il en diffère par le siége, puisque dans tous les cas rapportés à la Société de chirurgie le mal occupait le grand angle de l'œil.

Je n'ai trouvé aucun cas de kystes huileux en dehors des six observations rapportées à la Société de chirurgie. Le kyste de mademoiselle D... serait donc le septième cas de kyste huileux publié en France et le premier observé dans la région sous-maxillaire. Il est pourtant probable que des faits analogues ont été vus depuis longtemps, mais on les a passés sous silence, ou bien on a méconnu la nature spéciale du liquide.

Si l'on n'a point signalé d'autres faits de kystes huileux sous l'angle de la mâchoire, en revanche les faits de kystes dermoïdes de la région sus-hyoïdienne et du plancher de la bouche ne sont pas très-rares (Heurtaux, article KYSTE, *Dict. de Jaccoud*). C'est à ce niveau, en

effet, que se trouve la seconde fente branchiale chez le fœtus, et, d'après la théorie généralement admise du développement des kystes dermoïdes de la queue du sourcil et du plancher buccal, c'est à l'emprisonnement d'un petit sac du feuillet cutané dans l'épaisseur de la soudure qui réunit les deux bords des fentes branchiales au moment de leur disparition, que serait due la formation de ces kystes.

Ceci m'amène à rechercher si les kystes huileux sont congénitaux, comme le soutiennent MM. Verneuil, Magitot et Ledentu, ou accidentels, comme l'a pensé M. Perrin.

Dans l'observation qu'on vient de lire, le kyste a été découvert à l'âge de 5 ou 6 ans; on n'a relevé comme circonstance étiologique aucune violence, et je ferai remarquer de plus que la face profonde de l'angle de la mâchoire est une des régions les mieux abritées de notre corps, recouverte qu'elle est par l'os, le masséter et l'aponévrose sterno-mastoïdienne. Il est donc probable que le kyste de mademoiselle D... était congénital, quoiqu'on n'en ait constaté l'existence qu'au bout de 5 ou 6 ans. Ce n'est bien souvent que plusieurs années après la naissance que l'on découvre les kystes dermoïdes, kystes dont l'origine congénitale n'est point contestée.

Mon observation viendrait donc à l'appui de l'origine congénitale des kystes huileux, et les rapprocherait ainsi des kystes dermoïdes.

Un kyste huileux pourrait-il survenir accidentellement, sous l'influence d'un traumastime, par exemple? Nous avons vu que M. Perrin le pensait, et M. Gosselin a signalé dans sa *Clinique chirurgicale* (t. II, p. 615) un cas d'épanchement traumatique d'huile. Il a été très-surpris de voir sortir une espèce d'huile semblable à de l'huile d'olive d'une collection qu'il croyait sanguine. Il a examiné soigneusement le liquide et il y a trouvé des cristaux d'acide margarique; son fait est donc très-probant quant à la nature de la collection, qui était située au côté externe du genou gauche.

Quant à l'origine traumatique, il y aurait peut-être matière à discussion. On pourrait se demander si la tumeur huileuse n'existait pas avant le traumatisme et n'était point passée inaperçue à cause de son indolence complète. Les faits de kystes huileux n'étant pas connus à l'époque où M. le professeur Gosselin a vu ce cas remarquable, il n'a peut-être pas été amené à rechercher les antécédents et à voir si la collection huileuse n'était pas indépendante du traumatisme. Cependant, d'autre part, il est assez difficile qu'on porte longtemps une tumeur, si peu gênante qu'elle soit, au côté externe du genou sans s'en apercevoir. Il est donc en somme difficile de révoquer en doute l'origine traumatique dans le fait rapporté par M. Gosselin.

M. Benjamin Anger a publié dans le *Progrès médical* (1875, p. 83) deux faits d'épanchements traumatiques d'huile; mais l'examen du liquide n'a pas été fait assez minutieusement pour prouver qu'il s'agissait d'une matière grasse véritable plutôt que d'une sérosité épaisse ou analogue à la synovie. De plus, M. Anger va beaucoup trop loin, je pense, en admettant que les épanchements traumatiques

de sérosité que Morel-Lavallée a fait connaître sont en réalité des épanchements d'un liquide huileux.

En l'état de la question, je n'oserais ni nier ni affirmer l'existence d'épanchements d'huile d'origine traumatique, et je pense qu'il sera utile de faire du liquide recueilli dans les cas analogues l'objet d'un examen attentif et d'étudier soigneusement les commémoratifs du malade. Il y aurait lieu de noter également si l'adiposité du sujet n'a pas quelque influence sur la nature de l'épanchement traumatique.

J'aborde à présent la question thérapeutique. Lorsque je me suis trouvé en face du kyste de mademoiselle D..., en juillet 1876, j'ignorais absolument l'existence de kystes huileux. Ne voulant pas proposer une opération aussi grave que l'extirpation de ce kyste sans m'être éclairé de sa nature et sans avoir tenté d'autres moyens, il me vint à l'esprit d'essayer une injection d'alcool pur à petite dose. Ce traitement m'avait été enseigné en 1872 par M. le professeur Guyon, dont j'avais l'honneur d'être alors l'interne, et sous sa direction je l'avais essayé avec des succès divers dans 7 ou 8 cas d'hydrocèle. Ce traitement, dû à M. Monod, consiste à extraire de la collection quelques grammes de liquide à l'aide d'une seringue de Pravaz et à injecter à la place 1 gramme d'alcool.

Le souvenir d'un ou deux bons résultats obtenus à Necker m'avait donné le désir d'essayer ce moyen dans ma pratique, et après quelques essais je suis arrivé à le modifier un peu, c'est-à-dire à vider une grande partie du liquide pathologique et à injecter 2 ou 3 grammes d'alcool au lieu de 1 seul.

Lorsqu'en juillet 1877 je revis de nouveau mon kyste huileux, j'étais sous l'influence d'un succès que je venais d'obtenir par l'injection d'alcool dans le traitement d'une hydrocèle dont le liquide un peu sanguinolent me faisait craindre le développement d'une véritable hématocèle[1]. J'avais, en outre, le désir de recueillir une certaine quantité du liquide kystique pour qu'on pût le soumettre à l'analyse. Voilà comment je fus conduit à faire à mademoiselle D... l'opération de Monod légèrement modifiée. On a vu que le succès a été complet.

Il y aurait peut-être lieu d'essayer ce mode de traitement sur beaucoup de collections susceptibles d'être vidées par une aiguille capillaire. Ne l'ayant point expérimenté en dehors de l'hydrocèle et du cas que je viens de rapporter, c'est surtout dans la cure de l'hydrocèle que je veux faire ressortir les avantages de cette méthode :

1° L'opération cause une douleur insignifiante;

2° Elle ne force pas le malade à s'aliter ni à quitter ses occupations;

3° Jusqu'à présent elle n'a été suivie d'aucune complication fâcheuse.

Le seul inconvénient qu'on ait à craindre, c'est un échec; or, je crois qu'un malade atteint d'hydrocèle aimera mieux risquer une piqûre de seringue de Pravaz, qui peut être inutile, mais qui peut

[1] Le malade en question a été complétement guéri pendant plusieurs mois; actuellement il a de nouveau une hydrocèle de petit volume, entretenue peut-être par un varicocèle considérable qu'il porte du même côté.

aussi le guérir, avant de se soumettre à l'un des traitements classiques de l'hydrocèle, qui sont tous assez pénibles pour le patient, sans parler des complications auxquelles ils exposent.

Je crois du reste que l'injection d'alcool réussira souvent si l'on a soin de vider au moins les trois quarts du liquide et d'injecter une quantité d'alcool en rapport avec la surface qu'il s'agit de modifier. Il est vrai que je n'ai jamais appliqué ce traitement à des hydrocèles grosses et très-anciennes. Je ne prétends pas que cette méthode soit aussi radicale que la méthode classique, qui amène l'effacement de la séreuse par soudure de ses deux feuillets. Il est évident que, si l'on se borne à modifier plus légèrement la surface de la vaginale, on est plus exposé à avoir des récidives. Aussi insisterai-je surtout sur l'innocuité de l'injection d'alcool.

On a appliqué dernièrement (Th. Anger, Lizé, Panas, *Bull. et mém. Soc. chir.* 1875, p. 831; 1876, p. 129) les injections de chlorure de zinc au traitement des kystes muqueux. Cette méthode, qui a donné de bons résultats, a l'inconvénient d'exciter une violente inflammation. Ne pourrait-on pas essayer dans ces kystes l'injection d'alcool après avoir eu soin de les vider autant que possible? L'alcool a l'avantage d'être parfaitement toléré par l'économie, puisque l'on peut sans accidents en injecter dans la poche d'un spina bifida.

Je n'insiste pas sur les diverses variétés de kystes ou d'épanchements pathologiques qu'on pourrait traiter comme je le propose; n'ayant point de faits à apporter, je dois me borner simplement à indiquer la méthode; elle est tellement innocente que cela seul doit donner l'envie de l'essayer.

Conclusions.— 1° Il peut exister sous l'angle de la mâchoire des kystes huileux analogues aux kystes prélacrymaux de M. Verneuil;

2° Ces kystes sont très-probablement congénitaux et doivent être rangés près des kystes dermoïdes;

3° On peut les guérir en vidant la poche avec une aiguille capillaire et en y injectant quelques grammes d'alcool à 90°;

4° Cette opération réussit également bien dans l'hydrocèle de la tunique vaginale;

5° Vu son innocuité il y aurait lieu de l'essayer pour combattre divers épanchements pathologiques.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 10 avril 1878,

Présidence de M. Houel.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine, la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, le *Bulletin général de thérapeutique;*

2° Le *Sud médical*, le *Journal de médecine de l'Ouest*, la *Revue médicale de l'Est*, la *Gazette médicale de Bordeaux*, le *Lyon médical*, le *Bordeaux médical;*

3° La *Gazette médicale italienne-lombarde, The Practitioner, The British medical journal, Medicinisch, Chirurgische Runcschau*, la *Revue médicale roumaine;*

4° Une lettre de M. Terrillon qui demande à être inscrit au nombre des candidats à la place de membre titulaire vacante;

5° *Spina bifida* congénital, opéré chez un enfant de 9 jours par ablation complète de la tumeur. Guérison au bout de 25 jours, sans paraplégie, par M. le Dr Lafitte de Coutrai (Gironde), présenté par M. Lefort.

Communications.

Des lésions rénales consécutives aux fistules vésico-vaginales.

M. Verneuil. L'année dernière, j'ai publié, sur la mortalité après les opérations de la fistule vésico-vaginale, une note dans laquelle j'exposais que, sur 80 opérations, j'avais perdu 6 femmes, ce qui donnait une proportion de 7 0/0.

En dépouillant cette statistique, je citais des morts occasionnées par des hémorrhagies, des érysipèles, mais je mettais en évidence certains cas de morts qui s'expliquaient par des états pathologiques antérieurs, souvent méconnus, et ayant provoqué, sous l'influence du traumatisme, des accidents mortels.

Parmi ces complications, je signalais les lésions rénales, dont je rappelais un exemple que j'avais publié en 1859, dans les bulletins de la Société anatomique : il s'agissait d'une femme atteinte de fistule vésico-vaginale morte sans opération à la suite d'accidents cérébraux, probablement urémiques. A l'autopsie, on constata que la fistule siégeait précisément à l'intervalle compris

entre les deux uretères ; l'uretère droit était considérablement dilaté, il était doublé de volume, et son extrémité inférieure, effilée près de la vessie, offrait à son embouchure un rétrécissement très-marqué. Le rein correspondant était affecté de pyélo-néphrite. Le rétrécissement de l'uretère semblait être le résultat d'une phlébite ancienne, dont on retrouvait les traces dans les plexus latéraux du vagin, remplis de caillots résistants.

Outre cette observation, j'en citais une autre publiée, dans le *Medical Times and gazette* 1859, par M. Pollock de Londres. La malade avait sa fistule depuis 2 ans lorsqu'elle fut opérée ; le résultat fut incomplet et une seconde opération fut pratiquée 5 mois plus tard. Les suites ne furent pas satisfaisantes : la malade eut de la fièvre, des frissons et succomba 20 jours après l'opération; à l'autopsie on trouva l'un des reins très-malade : il était atrophié, le bassinet distendu contenait plusieurs calculs.

Recherchant des cas analogues, je trouvai, dans la thèse de Blin, thèse faite avec des observations relevées dans le service de Jobert, un cas de mort attribuée à de la diphthérie vaginale et qui doit être rapportée, d'après les symptômes, à des accidents urémiques. Or, à l'autopsie, on trouva un commencement de cirrhose et l'oblitération d'un des uretères. Mais l'influence que pouvaient avoir ces lésions viscérales passa complétement inaperçue.

Ces faits avaient éveillé mon attention, et, depuis cette époque, j'examinais avec grand soin les fonctions rénales des femmes atteintes de fistule vésico-vaginale.

Une jeune femme atteinte de fistule vésico-vaginale avait subi deux opérations par la suture sanglante, fort habilement pratiquée par notre collègue M. Delens. Non-seulement l'insuccès avait été complet, mais, chaque fois, des accidents sérieux s'étaient développés. En examinant cette femme j'appris qu'elle était atteinte de gravelle et même je constatai l'existence de la néphrite, qui me donna l'explication des insuccès opératoires.

Chez une autre malade atteinte de fistule vésico-vaginale, des accidents très-graves se développèrent par le fait de l'introduction d'un tampon de charpie. J'explore les reins, je trouve une douleur assez vive dans la région lombaire gauche, et l'examen de l'urine donne un précepité d'albumine, de plus j'apprends qu'elle avait rendu un calcul; le diagnostic n'était pas douteux, il y avait gravelle rénale avec néphrite concomitante.

Je vous apporte, aujourd'hui, un nouveau fait qui vient confirmer l'influence que les fistules vésico-vaginales peuvent exercer sur les lésions rénales :

Une femme de province entra, il y a quelques mois, dans mon

service, pour une fistule déjà ancienne. Cette femme était maigre, pâle, fatiguée ; elle présentait des troubles graves : diarrhée chronique, fièvre avec frissons ; je craignis de suite quelque altération rénale. En effet, je constatai des douleurs au niveau des reins, et une albuminurie considérable. Je ne voulus pas essayer une opération sanglante et j'allais faire une tentative avec le thermocautère, lorsque cette femme succomba.

Dans les différents examens auxquels je soumis cette femme, j'avais constaté un vagin très-court, une énorme fistule dont la lèvre supérieure paraissait formée par la paroi postérieure du vagin, car le doigt arrivait dans un cul-de-sac, au fond duquel on ne pouvait rien retrouver. L'urètre perméable était un peu dévié, il n'y avait pas de prolapsus vésical et il m'avait été impossible de trouver l'embouchure des uretères.

Lorsque cette femme mourut, j'annonçai que nous trouverions une double néphrite avec un rétrécissement des uretères ; diagnostic que l'autopsie est venue confirmer.

Le vagin est très-court, la fistule envahit toute la face inférieure de la vessie, qui est revenue sur elle-même, à un tel point qu'on pourrait à peine y loger une amande. Il est impossible de retrouver même les traces du col, qui est complétement détruit.

Aux deux commissures de la fistule se trouvent deux petits orifices qui ne sont autres que les orifices des uretères, mais tellement rétrécis que l'on peut à grand'peine introduire un stylet filiforme.

L'inflammation du voisinage rend très-difficile la dissection des uretères, qui sont dilatés et qui présentent le volume du doigt.

Les reins sont le siége d'une néphrite interstitielle, sous la forme du petit rein scléreux; la capsule très-adhérente indique la périnéphrite ; le bassinet est le siége d'une dilatation qui commence à envahir les calices, c'est l'hydronéphrose au début.

J'ai actuellement dans mon service une autre malade dans les mêmes conditions ; à certaines époques elle a de la rétention d'urine avec douleurs rénales, et je soupçonne quelque lésion du rein.

Il y a, je pense, grand intérêt à faire connaître ces faits qui démontrent l'existence de lésions rénales consécutives aux fistules vésico-vaginales et qui donnent l'explication de ces lésions par l'oblitération ou même, seulement, par le rétrécissement des uretères.

On a, il est vrai, préconisé dans ces cas la dilatation ou l'incision de l'orifice des uretères, mais ces préceptes, très-simples à énoncer dans les livres, sont souvent inexécutables sur le vivant.

Comme je vous le disais, je crois qu'il est important de faire

connaître ces faits, qui ouvrent dans l'histoire des fistules vésico-vaginales un nouveau chapitre que l'on peut intituler : *Des lésions rénales consécutives aux fistules vésico-vaginales.*

M. Delens. Chez ma malade dont M. Verneuil vient de rapporter l'histoire, toute la portion cervicale de l'utérus était détruite, et je crois que le délabrement du col doit influer beaucoup sur les désordres des uretères et des reins.

M. Desprès. J'ai fait 6 ou 7 opérations de fistules vésico-vaginales sans avoir eu à déplorer des cas de mort; j'ai vu cependant une femme, opérée par un de nos collègues, succomber avec une péritonite.

Je n'accepte pas le mécanisme par lequel M. Verneuil explique les lésions rénales qu'il a rencontrées sur sa malade, je crois que l'on peut admettre une néphrite parasitaire.

Lorsqu'on examine une fistule vésico-vaginale, on voit que l'air pénètre dans la vessie; cet air apporte des germes de bactéries qui s'y développent et qui envahissent, par les uretères, le rein.

Dans le cas de M. Verneuil, la fistule était très-ancienne, l'air y pénétrait depuis longtemps, il doit donc y avoir eu développement des bactéries qui ont été le point de départ de ce qu'on a appelé la néphrite parasitaire.

M. Verneuil. Avant de répondre à l'objection de M. Desprès, je veux dire quelle est la conclusion très-nette que je crois pouvoir déduire des faits que je vous ai communiqués. Lorsqu'on se trouve en présence d'une femme chez laquelle on soupçonne des lésions rénales, il ne faut pas tenter d'opérations sanglantes.

Quant à l'opinion d'une néphrite d'origine parasitaire, je ne puis l'accepter, car je n'ai nullement besoin de recourir à la présence de parasites pour expliquer les lésions du rein. La néphrite me paraît suffisamment expliquée par l'oblitération et la dilatation des uretères.

Un des arguments les plus catégoriques que l'on puisse opposer au parasitisme est ce qui se passe dans les fistules vésico-vaginales. Jamais on ne rencontrera de lésions rénales chez des femmes dont les fistules vésico-vaginales ont respecté les uretères.

M. Ledentu. Je ne crois pas qu'il soit possible de songer à la néphrite parasitaire, parce que cette forme de néphrite ne se présente nullement avec les lésions que M. Verneuil a rencontrées chez sa malade. La néphrite parasitaire est caractérisée par de petits abcès miliaires développés dans les canalicules.

M. Desprès. Les lésions qui viennent de nous être présentées

ne concordent nullement avec celles que l'on trouve chez les individus succombant à des oblitérations des uretères. Au contraire, des lésions de même nature se rencontrent chez des calculeux succombant avec des néphrites que l'on ne peut pas attribuer, dans ces cas, à l'oblitération des uretères.

M. Verneuil. Chez les femmes succombant à un cancer utérin, ayant occasionné une oblitération des uretères, on trouve des reins scléreux.

Je ne vois là qu'un phénomène mécanique, et, si je n'ai pas trouvé de dilatation du rein, cela tient à la résistance du parenchyme rénal.

M. Houel. Je ne puis partager l'opinion de M. Verneuil. Lorsqu'il y a oblitération des uretères, la dilatation porte non-seulement sur les uretères mais aussi sur les canaux urinifères, qui, en se dilatant, vont atrophier la substance rénale, aussi ne peut-on pas constater d'albuminurie.

Dans le cas actuel, nous avons le rein de Bright, le rein scléreux, qui est la forme la plus grave. Je crois que ces lésions rénales sont très-anciennes et remontent avant la formation de la fistule.

M. Verneuil. L'argumentation de M. Houel peut être vraie, mais je ferai observer que nous n'avons pas là les signes de la maladie de Bright, qui ne s'accompagne pas de périnéphrite. Quel que soit le mécanisme de ces lésions, j'ai voulu, en les mettant en lumière, prévenir les chirurgiens de l'influence qu'elles peuvent présenter dans les résultats opératoires.

Sur la périostite albumineuse.

M. Terrier. J'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de la Société un fait clinique assez rare, je crois, qu'il m'a été donné d'observer en 1876 à l'hôpital Beaujon, alors que je remplaçais le professeur Dolbeau.

Voici tout d'abord un abrégé de cette observation :

Mademoiselle F..., âgée de 22 ans, femme de chambre, entre à l'hôpital Beaujon (salle Sainte-Clotilde, n° 1), le 1er mai 1876.

Cette jeune fille, lymphatique, n'a jamais été malade jusque dans ces derniers temps, elle ne présente pas d'antécédents pathologiques, ses parents sont bien portants. Depuis le siége de Paris, pendant lequel elle a beaucoup souffert, Mademoiselle F... a été placée comme femme de chambre, et elle aurait été accablée d'ouvrage et mal nourrie.

Il y a deux ans 1/2, la malade présenta des accidents de chloro-anémie, et prit du fer et des douches froides; peu après cette époque un

médecin lui fit une saignée, sans qu'il nous soit possible d'en déterminer la raison.

C'est il y a environ 20 mois que, pour la première fois, mademoiselle F... ressentit des douleurs sourdes, au niveau de la partie moyenne et postéro-externe de la cuisse droite. Ces douleurs augmentèrent peu à peu surtout la nuit, et la malade ne tarda pas à ne plus pouvoir travailler. Un médecin lui fit appliquer successivement 15 vésicatoires volants sur la région douloureuse sans amener grande amélioration.

En décembre 1875, la cuisse droite, siége constant des douleurs, avait un peu augmenté de volume. On fit encore des injections sous-cutanées de morphine, on utilisa l'électrisation sans obtenir d'amélioration durable. Consulté à cette époque, le Dr Damaschino conseilla l'emploi des injections interstitielles de nitrate d'argent.

La malade, qui depuis 2 mois gardait le lit, ne fut guère soulagée par cette thérapeutique, les douleurs persistaient et leur intensité ne fut pas diminuée, de plus la partie tuméfiée parut s'enflammer.

Lors de son entrée à l'hôpital, mademoiselle F... offrait tous les signes d'une anémie assez marquée ; le membre abdominal droit présentait, au niveau de la partie moyenne et postéro-externe de la cuisse, une tuméfaction avec rougeur de la peau, ayant tous les caractères d'un phlegmon aigu, dont la cause productrice paraissait être la dernière injection de nitrate d'argent faite à ce niveau.

Les douleurs vives nécessitaient le repos au lit, et encore la malade avait-elle une certaine peine à se coucher sur le côté pour faciliter notre exploration.

Quelques jours après, le petit phlegmon sous-cutané s'abcéda et s'ouvrit au dehors en laissant écouler une petite quantité de pus bien lié. Malgré cette ouverture, la tuméfaction et l'induration de la région persistèrent, je pus constater alors que la lésion était profonde et qu'elle semblait s'étendre jusqu'au fémur qui, d'ailleurs, ne paraissait pas beaucoup plus volumineux que celui du côté opposé.

En raison de l'état général et de la longue évolution du mal, enfin percevant une fluctuation profonde, je crus avoir affaire à un abcès ossifluent.

10 *mai.* — En examinant la malade et en explorant la région où le petit abcès sous-cutané s'était ouvert, je fis sortir par cette ouverture une cuillerée à café environ d'un liquide visqueux et un peu coloré en rouge. Mon attention ne fut pas immédiatement attirée sur cette particularité, et ce ne fut que quelques jours après que je pus en comprendre la valeur clinique.

12 *mai.* — Une ponction exploratrice fut faite avec un bistouri à lame mince, et je pus recueillir encore quelques gouttes de ce même liquide visqueux et coloré. L'abcès sous-cutané s'était guéri, mais la tuméfaction profonde avait augmenté et était devenue très-fluctuante ; aussi, le 26 mai, je fis une ponction avec l'aspirateur Dieulafoy. A mon grand étonnement, je retirai environ 100 grammes d'un liquide visqueux, filant, légèrement coloré en rouge, ressemblant beaucoup à de

la synovie, et en somme analogue, sinon identique, à celui que j'avais fait sourdre par l'orifice de l'abcès sous-cutané, et aussi au liquide que j'avais obtenu après la ponction avec le bistouri.

Par le repos et le refroidissement, ce liquide donna naissance à un léger dépôt dans lequel le microscope permit de reconaaître la présence d'hématies et de leucocytes. Cet examen fut fait par le Dr Raymond et contrôlé par le professeur Gubler.

Quant à la partie essentiellement liquide elle était coagulable par la chaleur et, ce coagulum séparé par filtration, il restait encore un liquide albumineux coagulable par l'acide azotique. Enfin, on constata dans le liquide obtenu par la ponction la présence d'une grande quantité de phosphates et d'un peu de glycose. MM. Gubler et Raymond, ignorant l'origine du liquide qui avait été soumis à leur examen, me firent répondre qu'il ressemblait au liquide des kystes synoviaux, mêlé d'un peu de sang et de pus.

L'orifice de la ponction fut obturé avec du collodion, on continua les cataplasmes, et cette petite opération palliative amena un peu de calme chez notre malade.

2 *juin.* — La collection s'est remplie, elle a même notablement augmenté de volume, surtout en haut, où elle arrive presque jusqu'au tiers supérieur du fémur. Les douleurs sont plus vives.

13 *juin.* — Je pratiquai une nouvelle ponction avec un trocart ordinaire, et je pus retirer encore 150 grammes de liquide filant et rougeâtre. Une pression exercée immédiatement au-dessous du pli fessier fit sourdre au dehors les dernières gouttes de liquide contenues dans la cavité; celle-ci remontait donc assez haut du côté externe et postérieur de la cuisse et semblait quelque peu allongée de bas en haut. Une bougie en gomme de petit calibre, introduite par la canule du trocart, pénétra sur une longueur de 25 centimètres, et son extrémité libre nous parut arriver jusqu'un peu au-dessous du pli fessier. Cette exploration ne permit pas de déterminer si le fémur était à nu en un point quelconque.

Occlusion de la plaie faite par le trocart, cataplasmes.

Il faut noter que depuis son entrée à l'hôpital la malade était soumise à un traitement ioduré, auquel plus tard on substitua pendant quelque temps le sirop de Gibert, le tout sans résultat appréciable.

24 *juin.* — La tumeur s'étant reproduite, je résolus de la faire traverser par un drain. La ponction fut pratiquée au tiers moyen postéro-externe de la cuisse, et la contre-ponction au tiers supérieur, au niveau mais en arrière de la base du grand trochanter. Le tube ainsi placé mesurait 25 centimètres de long. Il s'écoula un peu de sang mêlé à du liquide filant dont on put évaluer la quantité à environ 400 grammes. Des injections détersives furent faites dans le tube.

Deux jours après, mademoiselle F... fut prise d'érysipèle, celui-ci apparut à égale distance des orifices qui donnaient passage au drain.

Les phénomènes généraux furent assez sérieux, la température atteignit 39°; la plaque érysipélateuse ne s'étendit pas trop, mais, au moment de sa disparition, une autre plaque apparut au pli de l'aine,

et la température remonta à 40°,3. Il y eut en même temps adénite inguinale : car un, puis plusieurs abcès ganglionnaires se développèrent et nécessitèrent l'intervention chirurgicale.

15 *juillet.* — Tous les accidents généraux et locaux avaient cessé, sauf l'existence d'une fistule inguinale, qui persista plus de trois mois et dont on voit les traces encore aujourd'hui.

A partir de cette époque la malade ne fut plus soumise à mon examen, j'ai donc dû me contenter des renseignements qu'elle a pu me donner :

La suppuration, d'abord très-abondante, diminua peu à peu sous l'influence des injections détersives faites méthodiquement, toutefois les souffrances ne furent guère diminuées et l'affection sembla rester stationnaire jusqu'à la fin de l'année 1876.

En décembre, cependant, apparut un nouvel érysipèle, assez bénin d'ailleurs, localisé au membre malade et sans phénomènes fébriles très-accusés.

En février 1877, la suppuration était assez diminuée pour que la malade pût être pansée avec la glycérine ; le tube à drainage fut changé en mars et remplacé par un autre plus volumineux.

En avril, survinrent des accidents fébriles, un point de côté qui fut traité par des applications de teinture d'iode. Le drain fut encore changé en mai, l'état général devint meilleur ; si bien qu'en juin 1877, on permit à la malade de se lever et de marcher, ce qu'elle ne pouvait faire qu'avec l'appui d'un aide et au prix de douleurs assez vives dans toute la cuisse droite.

La marche redevint impossible en juillet, et vers le 8 août les douleurs forcèrent mademoiselle F... à garder le lit. A cette date, il se produisit une tuméfaction à la partie inférieure et externe de la cuisse au-dessous et en avant de l'orifice inférieur par où s'engage le drain. Cette tuméfaction, qui disparaissait sous l'influence du repos, n'était autre qu'un abcès, qui fut ouvert le 2 octobre par notre collègue M. Gillette.

Des accidents fébriles assez intenses suivirent cette opération ; puis ils disparurent et l'incision resta fistuleuse.

Vers le 1er novembre 1877, le professeur Le Fort, qui reprit le service, fit retirer le tube à drainage ; la suppuration diminua, mais la malade accusa de vives douleurs pendant une dizaine de jours.

20 *novembre* 1877. — Je vis la malade avec M. Le Fort : la cuisse droite est plus volumineuse que celle du côté opposé ; les deux ouvertures par lesquelles passait le tube à drainage sont presque cicatrisées ; toutefois, un stylet introduit par l'ouverture inférieure pénètre obliquement en haut et en avant jusqu'à 20 centimètres de profondeur sans atteindre un point osseux dénudé. Par l'ouverture supérieure, on ne pénètre qu'à quelques centimètres de profondeur. L'incisision faite par M. Gillette au côté externe et inférieur de la cuisse est encore ouverte et fournit du pus ; l'exploration avec le stylet permet de pénétrer à 5 centimètres de profondeur jusque vers le fémur, sans qu'on puisse constater la moindre dénudation de cet os.

L'état général est assez bon, toutefois les douleurs empêchent la marche et nécessitent encore le séjour au lit. C'est dans le but de faire cesser ces douleurs persistantes, que le professeur Le Fort fit à plusieurs reprises des ponctions avec un bistouri étroit, de façon à pénétrer jusqu'au fémur et à pratiquer un débridement du périoste.

Depuis le 1er janvier 1878, mademoiselle F... se lève et marche un peu à l'aide de béquilles ; la suppuration des deux ouvertures faites pour placer le drain, et celle de la plaie faite avec le bistouri a diminué peu à peu, si bien que depuis le 25 mars ces divers trajets fistuleux sont cicatrisés entièrement.

28 *mars*. — Je revis la malade : son état général est excellent, elle a notablement engraissé depuis ces derniers temps ; toutes les fistules sont guéries, les tissus qui entourent le fémur sont un peu indurés, et le volume de cet os nous a paru augmenté, surtout à sa partie moyenne et inférieure. Le membre malade est un peu atrophié, il n'est pas plus allongé que celui du côté opposé.

Mademoiselle F... marche avec des béquilles, toutefois elle traîne la jambe, et se plaint encore de douleurs sourdes au niveau de la partie moyenne du fémur droit, c'est-à-dire juste à l'endroit où s'est développée primitivement cette singulière collection liquide.

Résumant ce fait en peu de mots, on voit que chez une personne jeune, soumise à des fatigues exagérées et d'un tempérament un peu lymphatique, il apparaît sans cause traumatique connue une douleur profonde, persistante, avec exacerbations nocturnes, siégant à la région moyenne et postéro-externe de la cuisse droite.

Malgré un traitement assez énergique et l'application de nombreux révulsifs, malgré les injections sous-cutanées de morphine et d'azotate d'argent, les douleurs persistent, et il apparaît une tuméfaction profonde, d'abord mal circonscrite.

C'est après 20 mois de souffrances que mademoiselle F... entre à l'hôpital : je constate tout d'abord l'existence d'un petit abcès sous-cutané, seul résultat des injections de nitrate d'argent ; puis, peu après, une tuméfaction profonde située vers le fémur et présentant une fluctuation obscure.

La fluctuation devenant évidente et m'appuyant sur la durée du mal, sur l'état général médiocre de la patiente, sur son âge, je crus avoir affaire à un abcès symptomatique d'une lésion osseuse (ostéite ou ostéo-périostite du fémur.)

Or, comme l'ai dit, loin de nous fournir du pus, la ponction faite d'abord avec un bistouri, puis avec l'aspirateur, donna issue à un liquide filant, légèrement rougeâtre, entièrement analogue à de la synovie.

Le diagnostic que j'avais formulé n'était donc pas exact, et cependant je croyais toujours à une lésion primitive du fémur, ne pouvant expliquer autrement la persistance et la nature des douleurs, voire

même le développement de la collection liquide que j'avais sous les yeux, dans une région où il n'existe normalement aucune bourse séreuse et qui n'avait pas été soumise à un traumatisme violent.

C'est alors que je pris connaissance du mémoire publié par Poncet (de Lyon), dans la *Gazette heddomadaire* de 1874[1], mémoire intitulé *De la périostite albumineuse.*

Permettez-moi de vous rappeler en quelques mots les caractères attribués par l'auteur, et plus particulièrement par le professeur Ollier, à cette singulière maladie.

Il peut se développer soit sous le périoste, soit dans l'épaisseur même de cette membrane, d'ordinaire aux extrémités de la diaphyse des os, chez les sujets jeunes, par conséquent en voie d'accroissement, une collection liquide filante, visqueuse qui renferme beaucoup d'albumine et peut se coaguler spontanément quand on la laisse reposer dans un vase. Le liquide ainsi recueilli présente souvent trois couches : une tout à fait inférieure, laquelle est constituée par des globules blancs et quelques globules rouges ; une couche moyenne visqueuse, pouvant se coaguler spontanément ; enfin une couche supérieure séreuse, renfermant souvent des globules huileux. Ajoutons que ce liquide, analysé par M. Kastus, professeur de chimie à la Martinière, contiendrait une grande quantité de phosphates calcaires.

La cause de cette variété de périostite, désignée par le professeur Ollier sous le nom de *périostite albumineuse,* serait le froid ; aussi en fait-il une affection d'origine rhumatismale, sans toutefois y trop insister, puisqu'il en aurait observé un cas à la suite d'un traumatisme.

Les symptômes diffèrent assez peu de ceux de la périostite ou de l'ostéo-périostite, soit aiguë, soit chronique ; les phénomènes douloureux, plus ou moins intenses, sont toujours exaspérés la nuit ; enfin, dès que la collection liquide est formée les accidents généraux se calment et plus tard on peut confondre la lésion soit avec un abcès froid, soit avec une hydropisie articulaire, en raison même du développement de la tumeur vers les épiphyses.

Cette affection peut se terminer par résolution ou par suppuration : dans ce dernier cas, l'exploration de la cavité faite avec un stylet permet dans quelques cas de constater la dénudation de l'os malade ; dans d'autres cas, celui-ci est constamment recouvert de bourgeons charnus et la collection paraît alors s'être développée dans l'épaisseur du périoste.

Je n'insiste pas plus longtemps sur les caractères de la périos-

[1] Pages 133 et 179.

tite albumineuse ; ceux que je viens de rappeler suffisent, selon moi, pour me faire croire que la malade soumise à mon observation était atteinte de cette affection encore peu connue. Telle fut aussi l'opinion du professeur Dolbeau, auquel je fis part de mon diagnostic ultérieur.

Nous avions affaire en effet à un sujet jeune, de stature élevée, dont les os présentaient un développement notable ; il est vrai que l'affection paraît s'être développée primitivement sur le corps même du fémur, et non au niveau de la jonction de l'épiphyse avec la diaphyse de l'os. Mais une périostite ne peut-elle apparaître qu'aux extrémités de la diaphyse ? Les faits cliniques prouvent le contraire.

Notre malade n'est pas rhumatisante, n'a pas été soumise au froid, mais elle a été surmenée et présente les attributs du lymphatisme. Ce sont là, croyons-nous, des causes prédisposantes dont il faut tenir compte ; d'ailleurs, M. Poncet, de Lyon, fait suivre son travail de la relation d'une observation de périostite albumineuse chez un jeune sujet, manifestement scrofuleux.

Les phénomènes douloureux paraissent être longtemps le seul symptôme qui ait attiré l'attention des divers médecins appelés auprès de mademoiselle F..., si bien que tous ou presque tous ont cru à une névralgie rhumatismale, voire même, m'a-t-elle dit, à une sciatique, bien que la douleur ait été toujours localisée à la cuisse et n'ait pas presenté les irradiations caractéristiques des névralgies.

Ce n'est qu'après 15 mois de souffrances que la malade constata une augmentation de volume de la cuisse malade ; à cette époque les phénomènes douloureux devinrent plus intenses et c'est pour les calmer qu'on eut recours aux injections interstitielles de nitrate d'argent. Y eut-il alors des accidents fébriles marqués comme dans la périostite aiguë ? au contraire, l'affection suivit-elle une marche chronique ? Nous croyons, étant donnés les renseignements fournis par mademoiselle F..., que l'affection se développa lentement.

A son entrée à l'hôpital Beaujon, les accidents qui nous frappèrent furent tout d'abord ceux du phlegmon sous-cutané, déterminé par l'injection de nitrate d'argent ; puis, cet abcès ouvert, et constatant une collection profonde de liquide sans douleurs vives à la pression, sans réaction générale accentuée, nous crûmes à une lésion osseuse ancienne primitive, ce qui expliquait les douleurs, et à une collection purulente consécutive.

Je n'ai plus besoin d'insister sur les caractères du liquide que je recueillis par la ponction et qui fut examiné par MM. Gubler et Raymond. Ce liquide est absolument analogue, sinon même

identique à celui que, d'après M. le professeur Ollier, M. Poncet décrit dans son mémoire : dépôt de leucocytes et de globules rouges; liquide très-albumineux, riche en phosphates, se coagulant par la chaleur; seuls les globules huileux de la surface font défaut. Mais, au dire de M. Ollier, ceux-ci n'apparaissent que lorsqu'il existe de l'ostéo-périostite et ils viennent des espaces médullaires de l'os; ils peuvent manquer quand il n'y a que de la périostite.

Or, chez notre jeune malade, nous n'avons jamais pu découvrir un point osseux à nu, et les fistules se sont fermées sans que la moindre parcelle osseuse ait été éliminée avec le pus. Le périoste seul était donc enflammé, et la lésion siégeait peut-être plus particulièrement dans les couches externes de cette membrane.

Un fait curieux à noter, c'est que le développement du petit abcès sous-cutané, et surtout les deux ponctions faites l'une avec le bistouri, l'autre avec l'aspirateur Dieulafoy, paraissent avoir donné une sorte de coup de fouet à la marche de la lésion, car le liquide se reproduisit vite, en plus grande quantité, et la poche pseudo-kystique s'accrut notablement en quelques jours.

Remarquons encore qu'à un moment donné, la cavité de l'abcès sous-cutané a dû communiquer avec la collection profonde, puisqu'en explorant la région et en recherchant la fluctuation, je fis sortir par l'ouverture de cet abcès un peu de liquide filant et visqueux, identique à celui que je recueillis quelques jours plus tard par la ponction.

Enfin, un caractère se trouve noté en plus dans le liquide que nous avons obtenu, c'est la présence du sucre. Il n'est pas besoin de dire que les urines de la malade n'en contenaient pas.

D'après le professeur Ollier, le liquide albumineux résultant soit de la périostite, soit de l'ostéo-périostite dite albumineuse, pourrait être observé dans d'autres affections des os et en particulier dans l'ostéite chronique. Ce fait nous semble d'autant plus exact, que nous avons pu le constater sur un malade du même service.

Il s'agissait d'un adulte, ayant une fracture ouverte de l'humérus gauche; pendant longtemps, une suppuration abondante se produisit au niveau des deux fragments ; mais lorsque l'état local devint meilleur, que les phénomènes inflammatoires furent moins accusés, il s'écoulait par la plaie un liquide visqueux, filant, légèrement ambré, analogue à celui que nous avions aspiré chez notre jeune malade. Ce fait nous avait tellement frappé que nous en fîmes la remarque aux élèves qui suivaient le service. Malheureusement ce liquide ne fut pas examiné au microscope ni soumis à une analyse chimique.

Le diagnostic de l'affection qui nous occupe nous paraît plus

facile quand la lésion siége au niveau de la diaphyse des os que lorsqu'elle se développe vers les épiphyses. Dans ce dernier cas, en effet, on a pu croire à une hydropisie générale ou partielle d'une articulation, ou bien encore à un épanchement dans les gaînes synoviales voisines.

Chez notre malade, le siége même de la collection empêchait toute confusion possible avec une lésion articulaire, il n'existait pas à ce niveau de gaîne synoviale, enfin, la profondeur de la tuméfaction, sa large base ne pouvaient faire penser qu'à une lésion osseuse. Seule, la ponction peut alors faire reconnaître la nature ou plutôt la variété de la périostite.

Quant au traitement, le professeur Ollier conseille les révulsifs et l'immobilisation ; grâce à cette méthode, l'affection pourrait rétrograder. Or, chez notre malade, malgré des révulsifs nombreux (15 vésicatoires volants) et le repos au lit, la maladie suivit son cours, tout en affectant une marche chronique, jusqu'au moment où mademoiselle F... fut soumise à notre observation.

En présence de l'augmentation rapide de la collection albumineuse et des douleurs vives qui en résultaient, je me crus autorisé à donner issue au liquide et à faire suppurer la cavité kystique.

Des accidents multiples vinrent entraver la marche vers la guérison, accidents imputables les uns au milieu hospitalier, les autres à l'affection elle-même, qui paraît avoir une durée fort longue.

Aujourd'hui, la malade est guérie en ce sens que les fistules sont fermées, mais elle souffre toujours, le fémur est encore tuméfié, douloureux, et il se peut que des abcès ultérieurs se produisent, qu'il en résulte des fistules, que même une petite portion d'os soit éliminée par la suite. Telle a été en effet la marche d'une de ces périostites, dans un cas rapporté par M. Poncet.

Le pronostic doit donc toujours être réservé, surtout au point de vue de la durée du mal, comme d'ailleurs dans toutes les affections des os ou de leurs annexes.

M. Lannelongue. — Les deux faits que je vais communiquer à la Société sont très-concluants et ont d'ailleurs l'un avec l'autre une certaine analogie. Tous les deux en effet sont des exemples de cavités développées sur le corps des os longs sans avoir aucun rapport avec les extrémités épiphysaires ou apophysaires de ces os ; ils en sont donc indépendants, et, à ce point de vue, on ne saurait les rattacher à la croissance ou au développement de l'os. L'une de ces deux observations a un intérêt d'autant plus considérable que, le malade ayant dû subir l'amputation de la cuisse, j'ai pu disséquer avec soin le kyste du tibia et reconnaître ; qu'il est parfaitement indépendant de la surface de l'os, qui est intact et

qu'il ne se rattache qu'au périoste, à la face externe de celui-ci simplement ; l'examen histologique de la paroi est confirmatif de l'examen par la dissection. La seconde observation a d'ailleurs avec la première la plus grande analogie. Je me suis servi à dessein du mot kyste, qui me paraît l'expression la mieux appropriée à l'état de ces tumeurs. Tout justifie en effet cette qualification, depuis la constitution de la poche jusqu'aux qualités du liquide contenu. M. Ollier a, dans ces dernières années, signalé sous le nom de périostite albumineuse une affection encore assez obscure, parce qu'il n'avait pas eu l'occasion sans doute d'en faire l'anatomie pathologique.

La seule observation qu'en donne M. Poncet, qui a publié les idées de M. Ollier à ce sujet, est assez obscure sur le siége et le point de départ du liquide albumineux ; et, à ce point de vue, on peut la rapprocher du fait très-intéressant de M. Terrier. Aussi ne suis-je pas édifié sur le vrai mécanisme de la périostite albumineuse de M. Ollier.

Mes deux observations ont encore un intérêt tout spécial. Les deux sujets sont deux scrofuleux ayant l'un et l'autre une tumeur blanche de l'articulation la plus voisine, sans qu'il y ait eu propagation inflammatoire de la tumeur blanche au kyste. Est-ce à dire, malgré cette absence de continuité de lésions, qu'il n'y ait aucun rapport ? Je suis loin d'être aussi affirmatif. Il a pu se développer des actes irritatifs sans intensité manifeste, et pourtant suffisants pour amener une modification pathologique. Est-on autorisé à placer dans le système lymphatique le transport de cette irritation ? cela est possible, mais est aussi sans preuves. Enfin, l'hypothèse d'un kyste néogène est encore soutenable, et peut-être n'est-ce là qu'un premier degré d'un état qui doit se transformer par la suite en abcès froid. Toutes ces hypothèses peuvent être défendues.

Obs. I. — Le nommé Lavaux (Eugène), âgé de 7 ans, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Saint-Napoléon, nº 8, le 7 avril 1877. Il est atteint d'une tumeur blanche du genou droit, qui remonte à 15 mois environ. Elle débuta à cette époque sans motif apparent, et elle progressa assez vite. La marche fut interrompue trois mois après le début d'une façon définitive. Le père de cet enfant est mort tuberculeux et lui-même est un petit être assez chétif, portant au cou plusieurs cicatrices déprimées qui indiquent une suppuration d'assez longue durée. En effet, vers l'âge de 16 mois, à la suite de croûtes d'eczéma, il eut les ganglions lymphatiques du cou très-développés, et puis plusieurs suppurèrent. A 3 ans, cet enfant prit la coqueluche, qui le tint fort longtemps. Enfin, à 5 ans, il contracta la rougeole. A son entrée à l'hôpital, nous constatons plusieurs lésions : 1° une tumeur blanche du genou droit avec flexion à angle droit de la jambe sur la cuisse qu'on ne peut pas redresser. Le cul-de-sac de la synoviale au-dessus de

la rotule et de chaque côté du ligament rotulien est rempli de fongosités mollasses, prêtes à suppurer, en bas principalement. Le volume du tibia paraît accru, à la pression il est douloureux au niveau de l'attache des ligaments latéraux. La cuisse est très-amaigrie.

2° Dans le tiers supérieur de la jambe droite existe en arrière sur la ligne médiane une collection réductible. En pressant sur cette tumeur, dont le volume est celui d'une pomme d'api, on refoule le liquide dans le creux poplité et on produit une crépitation due, sans nul doute, à la vibration des bords de l'orifice de communication. Cette collection est probablement symptomatique d'une lésion du tibia à sa partie postérieure et inférieure, très-près de l'articulation. Elle se rattache en tout cas au même ordre de lésions que celles qui existent dans le genou ; on pourrait pourtant se demander si cette collection n'a pas pour origine une adénite poplitée provoquée par l'arthrite.

3° Sur la face interne du tibia, à deux travers de doigt de l'épiphyse, existe une seconde tumeur indépendante de la précédente, dont elle est séparée par le muscle postérieur de la jambe. Cette seconde tumeur a le volume d'une grosse noix, elle est franchement fluctuante et élastique ; la peau qui la recouvre n'a pas changé de couleur et n'a aucune adhérence avec elle ; elle adhère par contre à l'os ou au moins au périoste, et cette dernière membrane est annulairement indurée à l'insertion de la tumeur sur elle.

N'ayant fait aucune difficulté pour admettre un abcès froid, j'ai piqué cette tumeur afin de reconnaître les qualités du liquide, et, à mon étonnement, il est sorti un liquide clair, de couleur citrine, sans mélange de grumeaux. Ce liquide, mis en contact avec du papier blanc, ne le tache pas comme ferait un corps gras. Il n'est pas filant et en masse il prend une teinte un peu louche. Examiné au microscope, il renferme des leucocythes assez nombreux, quelques globules rouges et quelques fines granulations. Pas de gouttelettes graisseuses. Chauffé, il présentait un coagulum assez volumineux.

Quelle interprétation pouvait-on donner de cette collection ? C'est la question que je posais alors et que j'essayais de résoudre ainsi. La tumeur a la plus grande analogie par son liquide contenu et par les circonstances tirées de ses rapports avec les kystes, et j'admettrais volontiers l'idée d'un kyste du périoste. Ce kyste est il développé à la face interne ou externe de cette membrane? je ne puis le dire, ne connaissant pas ses rapports avec ces parties. Une autre interprétation serait peut-être celle-ci : sous l'influence d'une irritation de voisinage ou sous celle d'une cause générale strummeuse, il s'est produit des fongosités périostales, au centre desquelles se trouve une cavité kystique. J'ai au surplus quelquefois constaté des cavités analogues dans les fongosités des ganglions lymphatiques ou périarticulaires. Les lésions du genou amenant un amaigrissemement de plus en plus profond, la question de l'amputation de cuisse se présenta comme une nécessité à laquelle on ne pouvait faillir sans exposer la vie du malade. Elle fut pratiquée le 2 mai.

Le membre enlevé, il me fut facile d'examiner tout à loisir les rap-

ports de la collection avec l'os. Après l'avoir incisé crucialement, il fut facile de reconnaître qu'elle n'avait rien de commun avec la peau, elle partait du périoste qui formait sa paroi profonde. Cette membrane, isolée de l'os à quelque distance de la tumeur, ne révélait aucun hypérostose, et, lorsque les lambeaux de périoste relevés et disséqués arrivèrent sous la collection, tout fut trouvé normal. Pas de dépression osseuse, pas d'ostéite, pas d'hypérostose. La paroi du kyste se compose d'une membrane dont la face interne est rouge, tomenteuse, très-vasculaire ; des crêtes comparables en petit à celle de la face interne de l'intestin grêle la sillonnent, et, quand on détache une de ces crêtes, on n'arrive pas sur l'os, mais il reste encore une mince couche de périoste adhérent comme de coutume.

L'examen histologique de cette paroi a été fait par M. Déjerine, du laboratoire de M. Vulpian. M. Déjerine nous a confirmé que le périoste a la même texture qne dans les parties voisines, plus aminci seulement. Le genou présentait les lésions ordinaires des tumeurs blanches ; je crois inutile de rendre cette observation plus longue ; je dirai seulement que le jeune amputé a succombé.

Obs. II. — *Tumeur blanche du coude droit. — Kyste du périoste du corps du cubitus.*

Ernestine Roy, âgée de 3 ans, entre dans la salle Sainte-Eugénie, le 4 avril 1878, avec une tumeur blanche du coude droit, datant d'un an environ, d'après la mère. Elle est caractérisée par les symptômes habituels de la tumeur blanche, et il y a de plus des mouvements de latéralité et une crépitation osseuse due au frottement des surfaces dégarnies de cartilage. En même temps, au-dessous du coude, sur le trajet du cubitus, au-dessous de l'olécrâne, environ à un travers de doigt, existe une tumeur tout à fait isolée, circonscrite, adhérente au cubitus ; la peau glisse au-dessus d'elle ; elle est fluctuante. Est-ce un abcès ossifluent, ou un abcès du périoste simplement? J'en ai fait l'ouverture et, à mon grand étonnement, il est sorti un liquide jaunâtre, fluide, n'étant pas du pus, et ce liquide est renfermé dans une cavité limitée par une membrane molle, fongueuse, reposant sur le périoste, que j'ai examiné à différentes reprises après plusieurs lavages et la poche étant largement ouverte. Nulle part on ne découvre un point du cubitus dénudé, et cet os n'est nullement gonflé au niveau de la poche. Enfin, au-dessus comme au-dessous de la poche, les parties voisines sont parfaitement saines. Cette tumeur remonte à deux mois environ. On peut appliquer à ce fait les réflexions de ma première observation.

Renseignements. — La mère jouit de la plus brillante santé, le père est également très-fort. La grand'mère maternelle vit encore, le grand-père est mort vers 80 ans. Les grands-parents paternels sont morts, l'un à 85 et l'autre à 82 ans. La mère a eu 3 enfants et, sauf celle-ci, ils se portent bien. Celle-ci a joui d'une bonne santé pendant son allaitement. A un an elle fut vaccinée et quelques

jours après elle eut la rougeole. Après cela, elle eut un écoulement par les oreilles pendant deux mois et un mal d'yeux qui eut une plus courte durée.

Un peu plus tard, elle fut prise d'un spina-ventosa de la première phalange du quatrième doigt et, presque au même moment, d'un gonflement du coude. C'est une enfant blonde qui paraît assez vigoureuse pour son âge et qui ne porte pas de glandes au cou.

M. Gillette. J'ai soigné la malade dont vient de nous parler M. Terrier, et j'avais diagnostiqué un phlegmon chronique. J'ignorais complétement les détails sur la nature albumineuse du liquide qui avait été recueilli par la ponction. Lorsque je pris le service, le gonflement avait presque complétement disparu, mais la pression faisait éprouver de violentes douleurs et je crus à de l'ostéite. Il survint de l'œdème, une fausse fluctuation; je fis une large incision : il ne s'écoula ni pus ni liquide albumineux, et il me fut impossible de parvenir jusqu'à l'os.

M. Terrier. Le siége de la lésion, pour M. Ollier, est en dehors du périoste; mais, comme il pense qu'il y a là un fait d'irritation, il vaut peut-être mieux considérer cette lésion comme une périostite que comme un kyste.

M. Lannelongue. Je préfère le nom de kyste à celui de périostite, qui entraîne toujours l'idée d'infiltration plastique et même de suppuration et non de collection.

M. Verneuil. Je ne veux pas entrer dans la discussion, mais je tiens à constater combien les noms que l'on veut donner à cette affection sont peu mérités.

Il est difficile d'accepter le nom de périostite, car on ne trouve pas les signes de cette affection ; quant à l'épithète d'albumineuse, je ne crois pas que cela avance beaucoup, car presque tous les liquides de l'économie se coagulent à la chaleur, et la coagulation spontanée du liquide ne peut s'expliquer que par la présence de la fibrine. Quant au nom de kyste, je ne vois pas d'après quel caractère on rangerait cette collection liquide dans la classe des kystes.

M. Forget. Je serais disposé à classer cette affection dans ce que Velpeau appelait des cavités closes accidentelles. Cette dénomination a le grand avantage de ne rien préjuger.

Élection.

Sont nommés membres de la commission pour l'examen des

titres des candidats à une place de membre titulaire : MM. Farabœuf, Marjolin, Lucas-Championnière.

La séance est levée à 5 heures 20.

Le secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 17 avril 1878.

Présidence de M. le Dr F. Guyon.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine, les *Archives de médecine navale*, les *Annales de gynécologie*, le fascicule des *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, la *Revue des sciences médicales ;*

2° Le *Bordeaux médical*, le *Bulletin médical du Nord*, la *Gazette médicale de Bordeaux*, l'*Alger médical*, le *Sud médical*, l'*Avenir médical du Nord de la France*, le *Lyon médical ;*

3° *Du traitement névro-dynamique dans certaines maladies des yeux*, par le Dr Chapman, les *Transactions du congrès médical international de Philadelphie*, *Centralblatt fur chirurges*, l'*Encyclopédie médico-pharmaceutique de Barcelone*, *The British medical journal*, la *Gazette de santé militaire de Madrid*, la *Gazette médicale italienne-lombarde ;*

4° *Emploi des anesthésiques pendant l'accouchement naturel*, par le Dr Rachant ;

5° *Traité de la lymphangite endémique des pays chauds*, par le Dr Mazaé Azéma.

M. le président annonce que M. le Dr Houzé de l'Aunoilt, de Lille, assiste à la séance.

Rapport.

M. TILLAUX. Vous avez reçu de M. Gross, professeur agrégé à la faculté de Nancy, une note intitulée : *Contribution à l'histoire des tumeurs sarcomateuses de la main*, dont vous m'avez chargé de vous rendre compte.

Les tumeurs solides de la paume de la main sont rares, on trouve cependant des observations de lipomes, d'enchondromes, mais très-exceptionnellement de sarcomes, et, surtout, un sarcome myéloplaxe, sarcome myéloïde de Ranvier, tumeur myéloïde de Paget, sarcome giganto-cellulaire de Virchow.

D'après les dernières recherches, il semblait que ce genre de sarcome devait se développer près des os, l'observation de M. Gross prouve qu'il peut se développer dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, portant une tumeur au niveau de la racine de l'indicateur gauche ; cette tumeur était formée de deux parties : une sous-cutanée, au-dessous de l'articulation métacarpo-phalangienne ; la seconde, située plus profondément, est recouverte par l'aponévrose.

Hésitant entre un lipome et un sarcome, M. Gross fit une ponction explorative, qui lui fit ramener quelques parcelles de la tumeur et lui permit de diagnostiquer un sarcome.

L'opération fut très-simple, M. Gross incisa l'aponévrose et put énucléer la tumeur sans la moindre difficulté.

Les suites de l'opération furent d'abord simples aussi; mais, le quatrième jour, M. Gross vit apparaître un bourgeonnement insolite : craignant une récidive, il fit une ligature qui entraîna la chute des bourgeons ; mais, peu de jours après, nouvelle poussée de bourgeons, qui fut détruite par l'application de pâte de Canquoin.

Trois fois la repullulation se produisit, et trois fois on eut recours à la pâte de Canquoin dont l'effet fut souverain.

Un an et demi après l'opération, la guérison était complète.

L'observation de M. Gross est exceptionnelle, elle est suivie de réflexions intéressantes et elle est très-bien prise ; aussi, je vous propose :

1° D'adresser des remercîments à M. Gross ;

2° De publier, dans nos bulletins, la note qu'il vous a adressée.

Discussion.

M. Verneuil. La repullulation qui s'est produite chez le malade de M. Gross ne me surprend en aucune façon ; ce fait est fréquent lorsqu'on enlève par énucléation les tumeurs dites bénignes.

Lorsqu'on étudie la disposition que présente une tumeur fibro-plastique, on constate qu'elle se trouve dans une loge celluleuse qui forme une bourse séreuse à la périphérie. Cette disposition permet de les énucléer avec une très-grande facilité, mais, lorsqu'on examine le kyste qui les enveloppe, on constate que ce

kyste est garni de fibres tout à fait analogues à celles de la tumeur, et c'est cette poche qui donne des récidives.

Il y a longtemps que, dans mon enseignement clinique, j'ai insisté sur la nécessité, pour les fibromes du sein, de tailler en plein tissu sain, d'enlever ce que j'appelle la zone suspecte. Je n'ai jamais écrit ce précepte, mais je le crois important, et je profite de l'observation de M. Gross pour conseiller de ne jamais énucléer les tumeurs fibroplastiques.

J'ai remis à M. Houël une tumeur fibreuse du doigt enlevée sur un enfant de 4 mois. La tumeur se composait de trois lobes, formant chapelet dans la gaîne des fléchisseurs. J'ai amputé le doigt et réséqué la tête du métacarpien, craignant une récidive. L'enfant a guéri en 20 jours.

M. Desprès. Nous sommes habitués à considérer les tumeurs à myéloplaxes comme se développant dans les os, et le fait de M. Gross devrait être considéré comme tout à fait exceptionnel. Aussi je crois que l'on est en droit d'émettre quelques doutes sur ce diagnostic, car on sait que les fongosités qui se développent dans les gaînes synoviales contiennent des cellules gigantesques. En outre, admettant même que ce diagnostic ne soit pas douteux et que la tumeur soit bien une tumeur à myéloplaxes, on peut se demander si elle ne tenait pas à l'os, et je ne serais pas étonné que le bourgeonnement constaté peu de jours après l'opération ait eu pour point de départ le pédicule adhérent à l'os.

Je partage entièrement l'opinion de M. Verneuil sur la nécessité d'enlever largement les tumeurs bénignes de la mamelle. Une tumeur fibroplastique du sein, que j'ai enlevée il y 3 ans, ne présente pas de récidives. Pour les autres parties du corps, je crois qu'il n'est pas indispensable d'enlever beaucoup de tissu sain, sauf sur les os, qu'il faut ruginer.

M. Tillaux. Je crois qu'il était difficile, dans le cas présent, de faire autre chose que l'énucléation : car, pour aller au delà du mal, il aurait fallu attaquer des régions où l'on aurait rencontré l'arcade palmaire.

L'objection de M. Desprès ne me paraît pas fondée. La tumeur n'était pas fongueuse, elle était située en dehors de la gaîne, puisque, après l'énucléation, on a vu le tendon recouvert par une mince toile celluleuse. La tumeur ne tenait ni à l'os ni à la gaîne : car, une fois enlevée, on voyait qu'elle était parfaitement limitée de toute part, et, s'il y avait eu un pédicule, on aurait certainement vu un point indiquant la section du pédicule.

Dans le cas de M. Notta, il a fallu aller jusqu'à l'os ; dans celui

de M. Gross, il y avait un prolongement aponévrotique avec un petit pédicule, formé par une petite artériole.

En lisant avec soin la description méticuleuse que M. Gross a donnée de la tumeur, il faut admettre qu'elle était indépendante des os et de la gaîne des tendons. C'est cette particularité, forçant à admettre que le point de départ a eu lieu dans le tissu cellulaire sous-cutané, qui rend cette observation très-intéressante.

M. Verneuil. Je n'ai pas voulu critiquer le manuel opératoire suivi par M. Gross, j'ai voulu mettre en évidence la nécessité de se comporter avec une tumeur bénigne comme avec une tumeur maligne; c'est-à-dire admettre, autour des tumeurs bénignes, une zone suspecte, au delà de laquelle il faut porter l'instrument tranchant.

Les conclusions du rapporteur sont mises aux voix et adoptées.

Contribution à l'histoire des tumeurs sarcomateuses des parties molles de la paume de la main,

Par le Dr Gross, professeur agrégé à la faculté de médecine de Nancy.

La grande rareté des tumeurs solides développées dans les parties molles de la paume de la main et la récente communication de M. Notta, de Lisieux, m'ont engagé à présenter à la Société de chirurgie l'histoire clinique d'une tumeur sarcomateuse d'autant plus intéressante qu'elle appartient à une variété de ce genre de néoplasmes, qui a été à peine signalée, dans la paume de la main.

Voici mon observation :

Tumeur sarcomateuse myéloïde de la paume de la main gauche. — Extirpation. — Guérison.

Le 24 septembre 1876, mademoiselle Marie G..., de Plombières (Vosges), âgée de 17 ans, se présente à mon service à l'hôpital Saint-Léon, de Nancy, de la part de M. le professeur Herrgott, auquel elle a été adressée par MM. les Drs Grillot et Liétard, de Plombières.

Mademoiselle Marie G... vint me consulter pour une tumeur qu'elle portait à la main gauche et dont le début remontait à environ 2 ans... Depuis ce temps, cette tumeur grossit, lentement il est vrai, mais progressivement. Elle est située dans la paume de la main (*Voir* fig. 1), sur une ligne qui, partant du milieu du poignet, irait rejoindre l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt indicateur.

La tumeur est sous-cutanée. Elle offre sa dimension maxima dans la direction de la ligne susindiquée. Elle est lobulée et divisée par un sillon transversal profond en deux parties bien distinctes. La plus volumineuse des deux est située au devant de l'articulation métacarpo-phalangienne, et la dépasse vers l'extrémité du membre de 1 centimètre 1/2 environ, pour s'arrêter exactement au niveau du pli palmaire

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

de la racine du doigt. En dedans, elle s'étend jusqu'au niveau du bord radial du troisième métacarpien. Cette première portion de la tumeur est régulièrement ovoïde et présente à peu près le volume d'une noix. Elle mesure 3 centimètres en longueur et 2 centimètres en largeur. Sa consistance est ferme et présente un certain degré d'élasticité. Il n'y a pas de fluctuation.

La tumeur est parfaitement mobile et ne tient pas au squelette de la région.

La seconde partie de la tumeur s'étend vers le centre de la paume de la main ; elle semble située plus profondément et surtout se délimite moins facilement que la première. Sa forme est allongée (*Voir* fig. 2). Son extrémité contiguë à la première partie est large et séparée de cette dernière par un sillon transversal profond, légèrement concave vers le doigt indicateur. Vers la paume, la tumeur diminue progressivement et semble se terminer à la hauteur de l'arcade palmaire superficielle. Cette deuxième partie de la tumeur a environ 1 centimètre 1/2 de largeur à sa base et mesure 2 centimètres de longueur. Elle est légèrement lobulée et offre la même consistance ferme et élastique que la première. Elle est moins mobile que celle-ci, toutefois on reconnaît aisément qu'elle n'a aucune connexion avec les métacarpiens.

Les deux lobes de la tumeur sont parfaitement indolores, même à la pression, et ne présentent aucun signe ni de fluctuation ni de crépitation.

La malade fléchit et étend facilement son doigt indicateur ; le mouvement de flexion ne peut se faire totalement à cause de la partie de la tumeur qui empiète sur la région de la première phalange. A l'état de repos, l'index se trouve dans l'extension comme les autres doigts de la main.

Diagnostic. — Une première question à élucider est celle du *siége* de la tumeur. D'une part, celle-ci est évidemment sous-cutanée ; la peau est facilement déplacée au-devant d'elle. D'autre part, la tumeur est située au-devant des tendons fléchisseurs et indépendante d'eux. En fixant la tumeur entre les doigts et en recommandant à la malade d'exécuter des mouvements de flexion et d'extension du doigt indicateur, il est facile de s'assurer que la tumeur n'est pas entraînée par les mouvements des tendons. Le néoplasme ne peut donc être situé que dans le tissu de l'aponévrose palmaire ou bien dans le tissu cellulo-graisseux sous-aponévrotique de la région. Peut-il dépendre d'une gaîne tendineuse ? Non, car la gaîne des fléchisseurs n'existe pas à l'endroit où siége la tumeur. Vu la rareté des tumeurs développées dans un tissu aussi dense que celui de l'aponévrose palmaire, nous admettions plus volontiers une tumeur ayant pris naissance dans le tissu cellulo-graisseux sous-aponévrotique.

La *nature* du néoplasme était importante à connaître, principalement à cause du pronostic. Or, la tumeur présentait tous les signes d'une tumeur solide. Elle ne tenait pas au métacarpien ; nous pouvions donc exclure l'ostéome et même jusqu'à un certain point l'enchon-

drome. Elle ne siégeait pas dans la peau, il ne pouvait être question d'un genre de tumeur spécial aux téguments. Les résultats de la palpation, l'absence du bruit de crépitation, l'immobilité de la tumeur pendant les mouvements du doigt, et enfin l'absence de gaîne tendineuse à l'endroit où siégeait la tumeur, nous autorisaient à rejeter l'idée d'un kyste synovial tendineux. Nous n'avions donc plus qu'à choisir entre le lipome et les différentes variétés du sarcome. La forme lobulée et la consistance rappelaient assez bien les caractères du lipome ; toutefois, cette dernière était un peu trop dure pour permettre de conclure sans hésitation à une tumeur graisseuse. Pour éclairer le diagnostic, j'ai pratiqué une ponction exploratrice avec le trocart Kuss. La petite parcelle de tissu néoplasique ramenée par l'instrument, examinée sous le microscope, était uniquement formée par des cellules petites, globuleuses, telles qu'on les trouve dans le sarcome globo-cellulaire ou tumeur embryoplastique. La tumeur était donc un *sarcome*.

Cet examen pratiqué, j'eus quelque hésitation, car les tumeurs sarcomateuses ne sont pas toujours très-faciles à extirper, tant à cause de la fréquence, de leur connexion avec des organes importants, tels que vaisseaux, nerfs, gaînes tendineuses, etc., qu'à cause des prolongements plus ou moins irréguliers qu'elles peuvent offrir. Ces considérations ne devaient pas m'arrêter et je résolus d'entreprendre *l'extirpation du néoplasme*.

Opération. — Le 3 *octobre*, l'opération est pratiquée, en présence de M. le Dr Roussel et avec l'aide de MM. René, Guyot, internes, et des autres élèves du service.

La malade est chloroformée et l'appareil d'Esmarch appliqué. Je pratique dans le sens de la longueur de la tumeur une incision de 6 centimètres qui s'arrête à la hauteur de l'arcade palmaire superficielle : l'incision comprend la peau, le tissu graisseux sous-cutané ; j'incise ensuite une bride aponévrotique assez résistante, qui étranglait la tumeur par son milieu en la divisant en deux lobes, et un mince feuillet fibreux qui lui faisait suite. Cela fait, la tumeur est facilement énucléée partout, excepté à son extrémité supérieure qui plonge vers le centre de la paume. Cette extrémité adhère assez fortement vers la profondeur par une sorte de petit pédicule dans lequel on reconnaît aisément un rameau vasculaire d'une certaine importance. Une ligature est placée sur ce point et je sépare la tumeur.

Dans le fond de la plaie apparaît le tendon fléchisseur, recouvert d'une mince toile cellulaire.

Après l'enlèvement de la bande d'Esmarch, une petite hémorrhagie en nappe se produit, mais est rapidement arrêtée par une compression légère pratiquée sur la plaie avec une éponge fine trempée dans l'eau froide et bien exprimée.

Je ne fais *aucun pansement ;* je me contente d'appliquer sur la plaie, dont les lèvres sont à peu près en contact, une compresse froide.

L'opérée est reportée dans son lit, et la main placée sur un coussin élevé et dans l'immobilité.

Examen de la tumeur. — La tumeur enlevée pèse 9 grammes ; elle mesure 48 millimètres de long ; le diamètre transversal a 10 millimètres à l'extrémité supérieure de la tumeur, 17 millimètres à son extrémité inférieure ou digitale et 20 millimètres à sa partie moyenne. La surface antérieure ou superficielle (*voir* fig. 2) est convexe et nettement divisée par un sillon transversal en une partie antérieure plus petite et une partie postérieure plus large et plus longue. Ce sillon se trouve à 20 millimètres de l'extrémité antérieure de la tumeur et à 28 millimètres de son extrémité postérieure. Le lobule antérieur présente une surface assez régulièrement arrondie ; le lobule postérieur présente un certaiu nombre de dépressions et de bosselures.

La face profonde de la tumeur (*voir* fig. 3) présente une dépression longitudinale très-visible, large, mais peu profonde, dans laquelle étaient logés les tendons fléchisseurs de l'index. Son bord interne présente à peu près en son milieu un mamelon assez marqué ; son bord externe porte un certain nombre d'inégalités. La face inférieure, dans toute son étendue, se montre composée d'une série de petits lobules du volume d'un pois tout au plus, serrés et pressés les uns contre les autres, mais faciles à isoler, et séparés par de minces lamelles de tissu connectif.

La tumeur est parfaitement intacte, bien délimitée de toutes parts ; elle a donc été extirpée dans sa totalité.

L'analyse histologique faite à l'état frais ainsi que sur une portion de tumeur durcie dans l'acide chromique nous a appris que le néoplasme était composé de faisceaux, de cellules fibroplastiques qui séparent des nids de cellules globuleuses. Mélées à ces dernières, elles se rencontrent sur un certain nombre de cellules volumineuses, à forme irrégulièrement polygonale, renfermant de 1 à 5 et 6 noyaux parfaitement reconnaissables. Ces éléments sont des myéloplaxes. La tumeur extirpée est donc un sarcome à myéloplaxes, sarcome myéloïde (Ranvier), tumeur myéloïde (Paget-Michel), tumeur à myéloplaxes (Robin, Broca), sarcome giganto-cellulaire (Virchow, Rindfleisch). La texture du néoplasme nous montre en outre que nous avons affaire à un sarcome fasciculé (Ranvier), tumeur à cellules fibroplastiques (Lebert, Rofbin), sarcome fisto-cellulaire (Rindfleisch). Dans son ensemble, le néoplasme nous rappelle absolument la composition de certaines épulis.

La tumeur renferme un assez grand nombre de vaisseaux à parois minces, constituées par une substance en apparence amorphe, renfermant sans doute par-ci par-là quelques éléments nucléaires. Par place, ces vaisseaux deviennent plus nombreux et augmentent de calibre, comme cela se rencontre dans les tumeurs caverneuses. Toutefois, cette particularité ne s'observe que dans des portions très-limitées de la tumeur ; et la grande prépondérance des éléments cellulaires n'autorise nullement à considérer le néoplasme comme une variété d'angiome. Il est un sarcome avec développement vasculaire très-abondant dans certaines parties du néoplasme.

Suites de l'opération. — *4 octobre.* — L'opérée a un peu souffert

pendant la journée du 3 et pendant la nuit. Elle n'a pas beaucoup dormi. Il n'y a pas le moindre mouvement fébrile. Le pouls est à 72, la température inférieure à 37° ; elle est à 36°,5 et 36°,6 le soir.

5 *octobre*. — Sommeil bon, grâce à une injection hypodermique de chlorhydrate de morphine. Apyrexie. Quelques élancements douloureux dans l'avant-bras et dans la main ; ni tuméfaction, ni rougeur dans la paume de la main ; pas trace de lymphangite, aucun eugorgement ganglionnaire ni au coude, ni dans l'aisselle.

6 *octobre*. — État général très-satisfaisant. Apyrexie complète.

Dans l'angle supérieur (palmaire) de la plaie, se remarque un bourgeon charnu plus volumineux que les autres, d'une couleur rouge pâle, d'une consistance plus ferme et qui ressemble singulièrement à un bourgeon néoplasique. Je me demande tout d'abord si je n'ai pas oublié dans la plaie, au moment de l'opération, un petit nodule de la tumeur. J'examine à nouveau et immédiatement la masse extirpée et je m'assure encore une fois qu'elle est *entière*. J'ai donc tout lieu de craindre une reproduction du néoplasme, ce qui m'impressionne vivement en raison du siége de l'affection.

7 *octobre*. — Le nodule suspect remarqué la veille a grossi du double. Il est parfaitement délimité, facile à isoler ; je place une ligature sur sa base afin de le mortifier.

8 *octobre*. — L'état général de l'opérée est toujours très-satisfaisant. Apyrexie complète. Appétit bon. Sommeil. A la main, il n'y a pas le moindre accident inflammatoire. Le nodule néoplasique étreint la veille est apaisé et en voie de se nécroser.

9 *octobre*. — Sur la lèvre interne de la plaie, à son tour, apparaît un mamelon plus gros et plus ferme que les bourgeons charnus qui couvrent la plaie. Là encore nous avons une reproduction du néoplasme. Le pronostic devient donc de plus en plus sérieux, et le traitement assez embarrassant.

11 *octobre*. — Sur tout le bord interne de la plaie, vers la paume par conséquent, les bourgeons charnus se transforment avec une rapidité extraordinaire en mamelons néoplasiques de mauvaise nature. Au microscope on reconnaît que la structure de ces derniers est absolument analogue à celle des portions de la tumeur enlevée qui ne renferment que des cellules globuleuses. Les contours de leurs éléments constitutifs sont beaucoup plus apparents et plus nets que ceux des cellules embryonnaires composant les bourgeons charnus ordinaires.

12 *octobre*. — Les bourgeons de mauvaise nature recouvrent toute l'étendue de la plaie. Pas le moindre gonflement de la main.

État général de l'opérée toujours très-satisfaisant.

J'applique sur la plaie une rondelle de pâte de Canquoin dont les dimensions sont exactement égales à celles de la surface bourgeonnante. Le caustique est laissé en place pendant 6 heures.

Le soir, la température a pour la première fois dépassé 37° et a atteint 37°,6.

13 *octobre*. — Une eschare blanchâtre épaisse couvre la plaie.

14 *octobre*. — Elle est en partie détachée. On applique quelques cataplasmes pour en hâter la chute.

L'état général reste excellent.

16 *octobre*. — L'eschare tombe. Le fond de la plaie est rouge, uni; les bourgeons charnus y sont peu apparents.

17 *octobre*. — L'aspect des bourgeons n'est pas encore satisfaisant.

18 *octobre*. — Ils ressemblent entièrement à ceux qui ont existé avant l'usage du caustique. Aussi ai-je fait une nouvelle application de pâte de Canquoin, que je laisse en place pendant 4 heures seulement, de peur d'agir trop profondément et de léser les organes importants contenus dans la paume de la main.

19 *octobre*. — Toute la couche des bourgeons est mortifiée.

21 *octobre*. — L'eschare se détache, grâce à l'application de quelques cataplasmes.

25 *octobre*. — Sur le bord externe et sur le fond de la plaie, les bourgeons présentent l'aspect normal des bourgeons charnus de bonne nature; sur le bord interne, ils présentent encore une fois la tendance à dégénérer en bourgeons sarcomateux. Je fais donc en ce point une troisième application de pâte de Canquoin, sous la forme d'une lanière étroite de caustique maintenue en place pendant 4 heures.

30 *octobre*. — L'eschare est tombée; toute l'étendue de la plaie est recouverte par des bourgeons charnus de bonne nature. Pansement : un linge pénétré, imbibé d'huile phéniquée, recouvert d'un peu de ouate, le tout fixé par une petite bande afin de permettre à la malade de se lever.

1er *novembre*. — La plaie bourgeonne activement et diminue en étendue. On touche les bourgeons avec le nitrate d'argent.

15 *novembre*. — Les bourgeons sont un peu tuméfiés, œdématiés, et semblent encore une fois vouloir dégénérer en bourgeons sarcomateux.

16 *novembre*. — Ils reprennent leur aspect normal.

17 *novembre*. — La cicatrisation avance rapidement.

19 *novembre*. — La plaie est à peu près fermée; elle ne présente plus que 3 à 4 millimètres d'étendue.

20 *novembre*. — Une petite croûte s'est formée à sa surface.

22 *novembre*. — La malade quitte l'hôpital. La cicatrisation est terminée.

Je n'avais pas reçu de nouvelles de mademoiselle G... jusqu'au 27 décembre 1877. A cette époque, grâce à l'obligeance de M. le Dr Liétard, de Plombières, j'ai eu des renseignements sur la situation de mon ancienne opérée. M. Liétard m'a averti que mademoiselle G..., en condition à Amiens, venait de rentrer à Plombières chez ses parents, où il l'a examinée :

« La guérison est parfaite, me dit M. Liétard; il n'y a aucune trace de reproduction de la tumeur; la cicatrice linéaire est absolument intacte et partout la peau a l'apparence normale. »

Quelque temps après, mademoiselle G... m'écrit à son tour que

sa main était « *très-bien guérie.* » Elle a eu soin de joindre à sa lettre la photographie de sa main, de manière que j'ai pu m'assurer *de visu* de la parfaite guérison et de l'absence complète de récidive.

Réflexions. — La tumeur que j'ai eu occasion d'observer offre un premier intérêt au point de vue de son *siége*. Elle était située dans la paume de la main, entre la peau d'une part, qui se déplaçait facilement au-devant d'elle, et les tendons fléchisseurs de l'index d'autre part, car les mouvements de ceux-ci n'entraînaient aucunement la tumeur. Il n'existait aucun rapport apparent ni avec les vaisseaux, ni avec les nerfs, le néoplasme ne pouvait donc être né que dans l'aponévrose palmaire ou dans le tissu cellulo-graisseux du creux de la main. L'extrême rareté des tumeurs développées dans une aponévrose aussi dense que l'est l'aponévrose palmaire me fit admettre *à priori* une tumeur née dans le tissu cellulo-graisseux sous-aponévrotique. De plus, la tumeur était composée de deux parties, dont l'une, placée au-devant de l'articulation métacarpo-phalangienne, était superficielle et évidemment sous-cutanée ; l'autre, dirigée vers le centre de la paume était profondément sous-aponévrotique ; la première semblait être l'extrémité inférieure de la seconde, ayant fait hernie au-devant du bord inférieur de l'aponévrose palmaire.

Pendant l'opération j'eus la preuve de cette disposition. Après l'incision de la peau, je suis tombé immédiatement sur le lobule digital de la tumeur ; et la partie palmaire de celle-ci était cachée sous l'aponévrose, solidement retenue par elle. C'était effectivement le bord inférieur de cette dernière qui étranglait la tumeur par le milieu de sa longueur et la divisait en deux lobules distincts.

L'aponévrose une fois sectionnée, la tumeur a été facilement énuclée. Dans le fond de la plaie les tendons du fléchisseur sont restés recouverts par une mince toile de tissu cellulaire.

M. le professeur Michel, à qui j'ai fait voir la malade le lendemain de l'opération, pense que le point de départ du néoplasme a été en dessous de l'aponévrose palmaire, au point où celle-ci se divise pour laisser passer les tendons fléchisseurs.

Le fait que je viens de rapporter est encore très-intéressant au point de vue de la *nature* du néoplasme extirpé. Il s'agit d'une tumeur renfermant des myéloplaxes. Cette variété de productions pathologiques a de tout temps excité la curiosité des chirurgiens, et, il y a peu d'années encore, on admettait avec Eug. Nélaton qu'elle appartenait exclusivement au système osseux. Mais, depuis la découverte des myéloplaxes ou plaques à noyaux multiples, par C. Robin (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1849, p. 119),

dans la moelle des os, depuis les travaux de Nélaton, ces éléments ont été rencontrés dans d'autres tissus normaux et dans un très-grand nombre de néoplasies pathologiques. Ainsi Kolliker les a vus dans le foie de l'embryon (*Gewebelehre,* 1867, p. 23), dans le placenta (*Eutwicklungs geschichte*, 2e édition, p. 338); ce même observateur signale l'apparition de ces éléments dans la résorption osseuse (*Die normale Resorption der knochengewebes,* Leipzig, 1873); Wegner (*Archives de Virchow*, t. LVI) et Russitzky (*Archives de Virchow*, 1874, t. LIX) signalent l'importance de leur rôle dans la résorption osseuse pathologique. Aufreeht (*Central blatt fur medicinische Wischenschaft*, 1877, n° 26) prétend les avoir rencontrés en quantité considérable sur des clous en ivoire ayant séjourné pendant deux à trois semaines dans le tissu d'une pseudarthrose.

Enfin, ces éléments se rencontrent dans un grand nombre de sarcomes (tumeurs à myéloplaxes de Robin, Eug. Nélaton, Broca; tumeur myéloïde de Paget, sarcome giganto-cellulaire de Virchow, sarcome myéloïde de Cornil et Ranvier), tant des parties molles que des os.

Schluppel et autres en ont décrit dans le tubercule (*Archiv. der Heilkund*, 1862).

Les myéloplaxes ont donc été vus bien ailleurs que dans la moelle des os et les tumeurs provenant des os. Aussi la plupart des histologistes s'accordent-ils aujourd'hui à les considérer comme un élément qui peut se produire dans toute prolifération active. Les myéloplaxes prennent naissance, nous dit Rindfleisch, quand, dans le phénomène de la multiplication cellulaire, le premier stade de la formation cellulaire, à savoir la division nucléaire et l'augmentation du protoplasma ne sont pas dépassés et que le deuxième stade, la division du corps de la cellule, n'a pas lieu; en un mot, quand tout le phénomène se borne à la multiplication répétée des noyaux avec augmentation du protoplasme de la cellule (Rindfleisch, *Traité d'histologie pathologique*, traduction française, p. 66).

Au point de vue de ces éléments, nous pouvons donc résumer l'état actuel de nos connaissances dans les conclusious suivantes, que nous empruntons au travail inaugural de notre excellent confrère et ami, le Dr Richard :

« 1° La cellule dite myéloïde est une cellule mère, qui, outre les cellules de la moelle fœtale, trouve de nombreux représentants dans l'organisme;

« 2° Les déterminations de tumeurs myéloïdes, tumeurs à myéloplaxes sont vicieuses en ce qu'elles laissent penser que ces tumeurs ne peuvent provenir que de la moelle des os;

« 3° Les tumeurs myéloïdes peuvent survenir dans les parties molles aussi bien que dans les os » (Richard, *Des tumeurs myéloïdes*. Thèse de Strasbourg, 1867, n° 42).

Notre observation est une preuve de plus à l'appui de ces propositions.

Tous les auteurs rangent aujourd'hui les tumeurs à myéloplaxes dans les sarcomes, et en effet ce n'est que dans les diverses variétés de ce genre de tumeurs que les myéloplaxes existent accidentellement. Or, les sarcomes sont fréquents dans le périoste et les os, il n'est donc pas étonnant que le sarcome giganto-cellulaire s'observe communément dans ces derniers. Dans les parties molles il est beaucoup plus rare et à la main il n'a été vu que très-exceptionnellement. Du reste, dans cette région les tumeurs sarcomateuses en général ne sont que peu connues.

Sanson et Lisfranc parlent de tumeurs fibreuses de la main.

Demarquay a signalé une tumeur fibro-plastique du doigt indicateur et de la paume de la main (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1853-1854, t. IV, p. 127).

M. A. Guérin a vu dans la région du premier métacarpien une tumeur qui fut examinée par M. Ordonez et a renfermé les éléments du tissu fibreux à divers degrés de développement. C'était donc encore une tumeur fibro-plastique, un sarcome fasciculé ou un fibro-sarcome. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 2e série, t. V, 1864, p. 451).

Pooley décrit un cas de cysto-sarcome de la paume de la main (*Gazette hebdomadaire*, 1869, p. 829).

Les auteurs ne citent que deux exemples de sarcome myéloïde de la main; l'un est dû à M. Broca, l'autre à V. Gzerny.

Cas de M. Broca. — Tumeur à myéloplaxes de la main. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 2e série, t. I, 1860, p. 342).

« M. Broca fait voir une tumeur de la grosseur d'une noisette, développée depuis deux ans et demi dans le troisième espace interosseux de la main droite, chez une jeune fille de vingt ans.

« La tumeur était située sous les tendons, qu'elle soulevait, peu mobile, mais néanmoins indépendante. Elle fut facilement énucléée. La plaie se cicatrisa immédiatement.

« La surface de la tumeur est inégale et présente de petites tumeurs surajoutées ; l'intérieur est coloré de marbrures jaunes sur un fond gris.

« La composition de la tumeur examinée par M. Broca lui a fait voir qu'elle ne renfermait que des myéloplaxes. » Les suites de l'opération ne sont pas indiquées.

Cas de V. Czerny. — Fibrosarcome de la gaîne tendineuse du

quatrième doigt (Beiträge fur Geschwielst lehre. *Archif. für Klinische Chirurgie*, t. X, 1869, p. 904).

Anna Z..., 20 ans, d'une bonne santé, n'a jamais été malade. Il y a 3 ans, elle remarqua à la face palmaire de la deuxième phalange de l'annulaire droit une petite tumeur de la grosseur d'un pois, indolore, qui s'est accrue peu à peu de manière à atteindre le volume d'une noix. Ni hérédité, ni aucune autre circonstance étiologique connue. La tumeur est ferme, élastique, non douloureuse, mobile latéralement, mais non dans le sens de la longueur du doigt, qui a conservé tous ses mouvements. La peau est mobile par-dessus la tumeur. Le 26 août 1868, extirpation de la tumeur. Celle-ci adhérait à la face antérieure de la gaîne tendineuse, où elle a pris naissance. Une certaine étendue de cette gaîne a dû être enlevée, en sorte que le tendon a été mis à nu pendant l'opération. Guérison sans accidents. Sortie de l'hôpital le 21 septembre.

Examen histologique. — La composition microscopique de la tumeur rappelle beaucoup celle de l'épulis sarcomateux; toutefois celle-ci est ordinairement formée par des cellules fusiformes, tandis que la majeure partie de notre tumeur consiste en tissu fibreux avec substance intercellulaire dense dans laquelle s'est établie par places une prolifération cellulaire rapide. Les cellules du tissu conjonctif sont hypertrophiées et se divisent; leur protoplasme prend un aspect finement granuleux. Les cellules en augmentant de volume prennent deux, trois et plusieurs noyaux; elles deviennent des myéloplaxes. Ce qui augmente encore la ressemblance avec l'épulis, c'est un abondant dépôt de granulations d'un pigment jaune brunâtre analogue à celui qui se trouve fréquemment dans l'épulis.

Les autres variétés de tumeurs solides sous-cutanées développées dans la paume de la main sont tout aussi rares que le sarcome. Nous énumérerons pour terminer quelques observations mentionnées par les auteurs.

Billroth rapporte dans ses comptes rendus cliniques un cas de myo-fibrome développé sur la gaîne du tendon fléchisseur du pouce. (*Chirurgische Klinik.* Wien. 1868, p. 114, et *Chirurgische Klinik.* Wien. 1870, p. 262.) Il a également vu un fibrome de la peau de l'éminence thenar. (*Chirurgische Klinik.* Wien. 1868, p. 113.)

M. Monod a présenté à la Société anatomique un fibrome vasculaire provenant du doigt médius de la main gauche d'un malade de M. Desprès. (*Progrès médical*, 1876, p. 566.)

M. Péan a eu occasion d'extirper un fibrome situé entre le troisième et le quatrième métacarpien. (*Leçons de clinique chirurgicale,* 1876, p. 149.)

M. Richet a eu occasion d'extirper un fibro-lipome de la paume.

(*Gazette des hôpitaux*, 1867.) Une autre observation de fibro-lipome de même région est due à Perassi (*Gazette heddomadaire*, 1870, p. 350).

Un certain nombre d'observations de lipome de la paume sont dues à Pelletan (*Clinique chirurgicale*, 1810, t. I, p. 210); Rognetta (*Gazette médicale de Paris*, 1834, p. 212); Robert (*Annales de thérapeutique méd. et chir.*, 1844, p. 343); Follin (*Gazette médicale de Paris*, 1852, p. 413); Boinet (*Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 271); Trélat (*Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 223); Chassaignac (*Mémoires de la Société de chirurgie*, 1862); Péan (*Leçons de clinique chirurgicale*, 1876, p. 141). Récemment, Ranke a fait connaître des exemples de lipomes de la face palmaire des doigts (*Archif für klinische Chirurgie*, 1876, t. XX, p. 379).

En 1875 M. Rigaud, de Nancy, a observé un nouveau cas de lipome de la paume. « Cette tumeur siégeant à la paume de la main droite et à l'éminence thénar, avait toute l'apparence d'un kyste synovial avec grains risiformes ; elle présentait un petit prolongement entre les têtes des troisième et quatrième métacarpiens, et un autre au-dessous du ligament annulaire du carpe, qui faisait saillie quand on pressait dans la paume de la main; il y avait de la fausse fluctuation. L'incision ne donna issue à aucun liquide; mais une masse graisseuse surgit, facilement énucléable. C'était un lipome. » (Société de médecine de Nancy, séance du 13 janvier 1875, in *Revue médicale de l'Est*, 1875, t. III, p. 242.)

Citons encore comme tumeur solide développée dans les parties molles de la face palmaire de la main un chondrome de la gaîne des fléchisseurs du quatrième doigt, observé par Billroth (*Chirurgische Klinik*, Wien. 1868, p. 114).

Enfin, tout récemment, M. Notta, de Lisieux, a lu à la Société de chirurgie l'histoire d'une tumeur de la paume que MM. Rochefontaine et Marignac ont reconnue être un angiome caverneux (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1877, p. 664 et 704).

Communication.

M. Lannelongue lit une note sur une *forme d'arthrite tuberculeuse ou synovite granuleuse.*

Je viens appeler votre attention sur une forme d'arthrite qui jusqu'ici n'a pas encore reçu la description qu'elle mérite. Il s'agit de l'arthrite tuberculeuse caractérisée par des granulations miliaires de la synoviale articulaire. Je la crois assez fréquente et j'en ai déjà eu la preuve deux fois à l'amphithéâtre. Une première fois, j'ai manifestement vu des granulations tuberculeuses, sur un

bourrelet fongueux de la synoviale de la hanche placé autour de la cavité cotyloïde. La coxalgie n'avait qu'un mois de date; l'enfant avait succombé à la diphthérie. Mais la pièce, que j'avais remise à un dessinateur, fut égarée et l'examen histologique ne fut pas fait. J'avais gardé le souvenir de ce fait, qui remonte à 15, mois et lorsque, il y a quelque temps, sont entrés dans mon service plusieurs malades que je soupçonne atteints de cette lésion, j'ai suivi avec le plus grand soin la marche des phénomènes cliniques. Or, chez l'un d'eux le développement d'une méningite tuberculeuse m'a fourni l'occasion de faire une autopsie dont l'intérêt se complète par celui d'une observation qui nous fait assister au début du mal. Cette invasion constitue un des côtés les plus saillants de l'affection. Cette étude sera complétée sous peu par une série d'observations cliniques; aujourd'hui, en montrant les pièces anatomo-pathologiques de cette affection, je désire seulement appeler l'attention de nos collègues et les inviter à rechercher avec soin cette lésion dans leurs autopsies. Dans nos recherches bibliographiques je n'ai trouvé qu'une seule observation de M. Cornil qui contient la mention de trois pièces analogues vues et étudiées par M. Koster à Wurtzburg.

L'observation de M. Cornil est relative à un homme de 54 ans, tuberculeux, avec cavernes pulmonaires. Il fut pris d'une tumeur blanche du coude, et il succomba aux progrès de la phthisie. Sur la synoviale du coude fongueux existaient de petits grains saillants miliaires, semi-transparents et opaques; d'autres étaient extrêmement jaunâtres. Tous les caractères histologiques des granulations tuberculeuses se trouvaient réunis dans ces petits nodules.

L'observation très-probante de M. Cornil offre un très-grand intérêt en éveillant l'attention sur cette affection. Mais elle est malheureusement fort incomplète au point de vue de l'évolution de la tumeur blanche du coude et elle ne nous montre pas quels peuvent être les caractères propres à la synovite articulaire tuberculeuse. C'est dans ce but que je publie encore cette observation, qui montre ce qu'a de spécial cette évolution.

Observation. — Doublet (Jules-Albert), âgé de 12 ans 1/2, entre à Sainte-Eugénie, salle Napoléon, n° 1, le 27 février 1878.

1er *mars* 1878. — Le père de l'enfant est bien portant, on m'a rapporté que la mère est morte alcoolique.

Les grands-parents du côté du père sont morts à 58 et à 60 ans.

Des grands-parents du côté maternel, l'un s'est pendu, et l'autre est morte pendant le siége. Il y a 4 enfants dans la famille.

La première enfance de Doublet a été sans maladies, et la seconde jusqu'à aujourd'hui en a été aussi exempte. L'enfant n'avait que de temps en temps quelques indispositions qu'il contractait par son genre

de vie. Il n'a jamais eu de glandes au cou ni de maux d'yeux, mais il a un écoulement purulent par l'oreille gauche depuis 2 ans, qui s'arrête par intervalles et reprend ensuite.

Cet enfant, âgé de près de 13 ans, long de taille, a un squelette très-développé, mais il est maigre, sans graisse et sans muscles. Il n'avait jamais souffert du membre gauche jusque il y a 3 mois. A cette époque, brusquement, sans motif apparent, il est pris d'une douleur assez vive en dedans et en dehors du genou, et cette douleur a toujours persisté depuis. Dans les premiers temps elle le faisait boiter. Presque en même temps que la douleur ou dans les jours qui suivirent, le genou gonfla peu à peu, ce qui n'empêcha pas l'enfant d'aller à l'école pendant quelque temps encore. Il y a six semaines il a dû prendre le lit. Sous l'influence de ce repos, le genou à un peu diminué de volume, d'après le père. La douleur est toujours restée limitée au genou, et ne s'est pas fait sentir ailleurs.

Il couche dans un endroit qui n'est pas humide et qui est clair, jamais il n'a eu d'atteintes rhumatismales.

État actuel. — Membre inférieur du côté gauche.

Ce membre est plus maigre que l'autre; les muscles du mollet, de la cuisse sont notablement plus minces, plus mous, plus maigres.

Circonférence du mollet à gauche, 0,22.

Circonférence du mollet à droite, près de 0,24.

Le genou du côté gauche est un peu gonflé, et disons tout de suite qu'il présente un épanchement médiocre dans sa cavité, qui ne soulève nullement les culs-de-sac synoviaux; il faut le chercher avec soin pour le trouver.

État de la synoviale. — Le cul-de-sac supérieur présente un léger bourrelet, d'autant plus reconnaissable que l'atrophie du triceps est plus marquée. De même, en descendant sur les condyles interne et externe en suivant la synoviale, on trouve les culs-de-sac un peu épaissis. Enfin, de chaque côté du ligament rotulien, existe aussi un épaississement plus prononcé en dedans qu'en dehors. Cet épaississement en dedans est grand comme une pièce de 2 francs, il va du tibia à la rotule. En dehors du ligament rotulien, l'épaississement n'est rien. Dans le creux poplité je ne sens pas d'épaississement de synoviale.

Sur la tubérosité externe du fémur, ou plutôt sur elle et sur le condyle, et entre eux deux, existe un léger relief un peu douloureux, non fluctuant, mais élastique et tendu, qui appartient encore à la synoviale. Telles sont les altérations cliniques de la synoviale.

Etat des os. — On explore le squelette avec une facilité d'autant plus grande que le genou est maigre.

Tibia. — La diaphyse n'offre rien, ni douleur à la pression ou percussion, ni augmentation de volume. La tubérosité interne au contraire est augmentée de volume, l'encoche est plus profonde et la saillie plus grande. Pour m'en rendre encore plus certain, je mets la jambe à angle droit, alors il est facile de reconnaître que cette tubérosité est plus saillante, plus longue et plus épaisse dans le sens antéro-postérieur.

J'ajoute qu'elle est douloureuse à la pression et à la percussion, et que la douleur est d'autant plus vive que je me rapproche de la partie postérieure, c'est-à-dire du point où elle est plus saillante; j'ajoute encore que la percussion répétée, faite autant que possible avec égalité, faite sur tous les points de cette tubérosité, donne un son à peu près égal à celui de l'autre côté. Le condyle interne du fémur n'offre rien de particulier, pourtant il est un peu plus sensible qu'il ne doit être. L'exploration en dehors de la tubérosité externe du tibia démontre une sensibilité un peu plus vive, ainsi que dans tout le plateau supérieur du tibia, mais pas de changement de volume. En explorant l'article, en faisant passer le doigt entre les os, je développe encore de la sensibilité. Le péroné et le fémur n'ont rien. La longueur du tibia est égale à celle du côté sain.

Mouvements du genou. — Cet enfant ne peut pas plier la jambe au delà de l'angle droit, il souffre dans les mouvements répétés du genou, mais on n'y perçoit pas de craquements, de crépitations; pas de mouvements de latéralité.

Enfin la circulation sous-cutanée est accrue en dedans. On voit sur la tubérosité interne du tibia, sur la jambe et sur la cuisse des réseaux veineux qui n'existent pas de l'autre côté. Il en est de même du système pileux, qui est plus abondant à gauche qu'à droite. L'enfant ne tousse pas.

13 *mars.* — L'épanchement persiste ainsi que la douleur, et le repos absolu au lit n'a nullement modifié les conditions depuis l'entrée. A partir de ce jour on fera des badigeonnages iodés répétés tous les deux jours et une compression élastique ouatée renouvelée chaque jour.

25 *mars.* — Tout épanchement a disparu, la douleur et les épaississements de la synoviale sont les mêmes. On continue la compression.

4 *avril.* — Depuis le 2 avril l'enfant a été pris de maux de tête, d'envie de vomir et de vomissements. Il ne prend pas de nourriture. Son pouls est lent et son ventre rétracté. Tout fait craindre une méningite tuberculeuse. Les jours suivants, la méningite se confirme d'une manière positive. Il est soumis au traitement ordinaire, qui est sans effet, et l'enfant succombe le 14 avril.

L'autopsie est faite 24 heures après la mort.

Le *genou droit* n'a rien, ainsi qu'un très-grand nombre d'autres articulations que j'ai ouvertes.

Genou gauche. — Il n'y a pas d'épanchement dans ce genou. La synoviale a subi un commencement d'altération dans la plus grande partie de son étendue. On constate autour de la rotule qu'elle forme un bourrelet d'une couleur rouge foncé, avec un épaississement et une dilatation vasculaire, épaississement comparable à un chémosis. De plus le ligament adipeux épaissi présente un épaississement avec des prolongements fibrineux formant comme une petite crête. On trouve un pareil état dans la synoviale intercondylienne, qui forme là une surface rouge, allant d'un condyle à l'autre; en arrière du ligament adi-

peux est une coloration également rouge avec épaississement de la synoviale, qui tapisse les ligaments antérieurs de l'articulation. Mais en même temps, on trouve sur une série de points de la synoviale des petits points comme vésiculeux, brillants, blanchâtres, très-nombreux, en tout comparables à ceux qu'on trouve au cerveau le long des vaisseaux.

Ces granulations offrent le même aspect que celles que l'on trouve sur la plèvre et sur la pie-mère; les unes sont opaques, d'autres transparentes. Elles se trouvent accumulées par séries nombreuses sur les points ou la synoviale présente un épaississement *avec rougeur intense;* ainsi on en trouve un très-grand nombre de chaque côté du ligament rotulien sur les prolongements intra-articulaires de la synoviale. Il en existe aussi d'isolées et de disséminées sur les points où la synoviale est moins vasculaire; autour d'elles on distingue quelquefois une vascularisation assez considérable. Examinées au microscope immédiatement par M. Dolleris et par moi, elles sont identiques à celles de l'encéphale et de la plèvre, et, après avoir fait durcir les préparations, elles ont été de nouveaux examinées au laboratoire du Collége de France, chez M. Ranvier, qui a confirmé cet examen. Il suffit, d'ailleurs, de les regarder simplement pour n'avoir aucune incertitude. Nous avons cherché dans les os voisins, sans avoir pu en reconnaître à l'œil nu; pourtant il est un point du tibia très-frappant, en plein centre de la tubérosité interne : au-dessous du cartilage épiphysaire et séparée de lui par du tissu osseux, une coupe a mis à découvert une tache blanche de plus d'un centimètre carré descendant sur la diaphyse. La moelle osseuse contenue dans le réseau réticulé est plus ramollie à ce niveau, mais l'examen des os sera fait plus complétement plus tard, lorsque les os auront durcis. Nous avons cherché en vain la présence de tubercules osseux dans le corps de 7 à 8 vertèbres dorsales et lombaires.

Les lésions de la synoviale du genou gauche sont presque les seules que l'on constate. Les cartilages ont conservé leur brillant et leur poli; pourtant en certains points près de la synoviale ils sont recouverts par de petits prolongements vasculaires. Enfin, les cartilages présentent des surfaces aplaties là où ils ont subi la pression d'épaississements synoviaux; une de ces dépressions très-marquées existe sur le condyle externe; elle est en gouttière et correspond à la pression exercée par le ménisque fibro-cartilagineux de ce côté.

Cerveau. — Le long des vaisseaux de la scissure de Sylvius et sur les côtés des vaisseaux de la convexité des hémisphères, on trouve un nombre considérable de granulations tuberculeuses. Il existe en même temps une infiltration purulente de l'arachnoïde et un épaississement de cette membrane dans l'hexagone artériel.

Poumons. — Dans le sommet des deux poumons il existe quelques granulations tuberculeuses grises, demi-transparentes, peu nombreuses, sans complication pulmonaire autour d'elles. La base des deux poumons présente un degré assez marqué de splénisation pulmonaire.

Sur la plèvre viscérale et sur la pariétale existent des adhérences

assez nombreuses, et on voit en même temps se dessiner des granulations très-visibles et assez nombreuses.

Le péritoine ne possède pas de granulations.

Réflexions. — En présence de ce fait, ne doit-on pas se demander si cet état n'est pas beaucoup plus commun qu'on ne peut le penser? Seulement les lésions granuleuses ne seraient pas reconnaissables plus tard lorsque l'articulation est en grande partie détruite par des fongosités et produits inflammatoires de toutes sortes. Il importera donc à l'avenir de rechercher avec le plus grand soin, dans ces cas, au milieu de tous les désordres de la tumeur blanche, la présence de ces granulations sur les débris de la synoviale.

D'autre part, je ne doute pas que telle ne soit l'origine presque exclusive d'une certaine catégorie de tumeur blanche, dans lesquelles les lésions osseuses sont à peine déprimées, tandis que les lésions de la synoviale, par leur très-grand développement, constituent toute l'affection. Cette forme serait au surplus primitive et probablement curable, si j'en juge d'après quelques-uns de ces faits. J'ai l'intention d'y revenir sous peu. Je crois impossible d'admettre que l'évolution se soit produite secondairement, car le mal a débuté par le genou, l'épaississement de la synoviale a été constaté dès l'entrée du malade à l'hôpital, alors que rien n'existait du côté de l'encéphale, ni du côté de la poitrine.

M. Terrier. L'observation de M. Lannelongue est très-intéressante et très-rare, cependant je crois qu'il a été soutenu une thèse sur l'arthrite tuberculeuse dans laquelle on a cherché à exposer les points qui différentient la synovite tuberculeuse des tubercules débutant dans les os.

M. Lannelongue. Je connaissais une observation de M. Cornil, mais elle ne peut avoir grande utilité pour les chirurgiens. Je sais que M. Ranvier a vu dans le laboratoire de Coster, à Wursburg, trois pièces d'arthrite tuberculeuse.

Lecture.

M. Berger, candidat à la place de membre titulaire, lit un travail intitulé: *Quelques exemples de fractures compliquées de plaies, communiquant avec de grandes articulations*, traitées par le pansement ouaté de M. Guérin.

(Commission : MM. Sée, Delens, Lannelongue.)

La Société se forme en comité secret.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le secrétaire,
Horteloup.

Séance du 24 avril 1878.

Présidence de M. Félix Guyon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine, le *Bulletin général de thérapeutique*, le *Bulletin de la Société de médecine de Paris;*

2° La *Revue médicale de l'Est*, le *Bordeaux médical*, le *Lyon médical;*

3° La *Gazette médicale italienne-lombarde*, *the British medical journal*, *Centralblatt fur chirurgie;*

4° Une collection de thèses de Paris, offertes à la Société par M. Larrey.

A l'occasion du procès-verbal, M. Terrier demande la parole.

Signalés par Bonnet, de Lyon, qui décrivait une arthrite tuberculeuse[1], les tubercules des articulations furent récemment étudiés par Virchow et Koster (1869), Cornil et Ranvier, Debove[2], Jean Roux[3], élève du professeur Ollier, enfin Laveran[4].

Pour la plupart de ces auteurs, les altérations siégent de préférence dans la synoviale, qui offre des granulations tuberculeuses dans son épaisseur et jusque dans ses franges, comme l'a vu Laveran.

Dans quelques cas les cartilages sont altérés, surtout quand l'affection est ancienne et qu'il y a eu arthrite aiguë.

La marche de l'affection peut être aiguë ou chronique, et la tuberculisation débuterait par la synoviale articulaire. Toutefois, Ollier signale une forme fongueuse dont les fongosités infiltrées de produits caséeux seraient inoculables. Pour Chauveau, c'est là une caractéristique de la tuberculose, caractéristique acceptée par Ollier et son élève Jean Roux.

L'arthrite tuberculeuse se développerait chez des sujets déjà atteints de tubercules pulmonaires, ou bien pourrait être la manifestation primitive de la tuberculose, soit sur une synoviale saine,

[1] *Traité des mal. des articul.*, t. II, p. 3, 1845.

[2] *Bull. de la Soc. anatomique*, 2e série, t VIII, p. 375, 1873.

[3] *De l'artrhite tubercul.*, thèse de Paris, 1875, n° 166.

[4] *Progrès méd.*, 1876, p. 727.

soit sur une synoviale déjà malade, comme l'admet Ollivier, d'après la thèse de Jean Roux.

Les symptômes sont mal déterminés : tantôt elle peut être confondue avec un rhumatisme articulaire aigu, comme dans le fait de M. Laveran : les phénomènes pulmonaires qui se manifestent vite rectifient le diagnostic ; tantôt, l'article atteint offre tous les signes d'une arthrite fongueuse, avec des poussées aiguës ; mais ce sont là des phénomènes assez vagues, qui, la plupart du temps, ne permettent pas le diagnostic.

Rapport.

Inclusion péritesticulaire, par M. le Dr Jules BŒCKEL, de Strasbourg. — Rapport par M. VERNEUIL.

L'inclusion scrotale est une affection rare dont les annales de la science ne renfermaient que 10 exemples en 1855, lorsque j'entrepris d'en esquisser l'histoire[1]. Depuis cette époque, quelques autres observations ont été publiées, mais en trop petit nombre ou trop incomplètes pour qu'il n'y ait pas intérêt à recueillir encore de nouveaux exemples.

M. J. Bœckel, frère de notre collègue et, lui-même, rédacteur de la *Gazette médicale de Strasbourg*, a rencontré un fait complet que je vais vous faire connaître, et je profiterai de cette occasion pour extraire de mes cartons, où il dort depuis 20 ans, un autre cas observé par notre collègue M. Léon Labbé et par moi-même.

Après avoir rapporté ces deux faits inédits et analysé ceux qui ont été publiés depuis 1855, nous chercherons quels progrès a faits la question dans ces dernières années.

Voici d'abord l'observation de M. Bœckel :

G. Meyer, de Reitviller, (Alsace), 38 ans, pâle, maigre, père de deux enfants, a toujours joui d'une bonne santé ; il n'a jamais eu la vérole et ne présente aucun antécédent héréditaire notable.

Il y a 3 ans, il ressentit pour la première fois, sans cause connue, quelques douleurs vagues dans le testicule droit. Il n'y fit aucune attention, ne constatant rien d'anormal dans ses organes sexuels.

En mars 1876, il éprouva soudainement dans le bas ventre, à la suite d'un effort, une douleur qui semblait provenir du testicule droit. Elle fut de courte durée, mais revint à plusieurs reprises dans le courant de l'année.

[1] Mémoire sur l'inclusion scrotale et testiculaire, *Archives de médecine*, 1855.

En février 1877, après s'être livré à des travaux fatigants, il remarqua que son testicule avait augmenté de volume. La région du cordon jusqu'au canal inguinal était également tuméfiée, mais presque indolente. Au bout de 4 mois, la tumeur avait acquis les dimensions d'un œuf de poule.

Comme elle n'occasionnait que peu de douleurs, M... continua à se livrer à ses travaux et ne réclama pas de secours. Cependant, vers la fin de juillet, la masse commençant à devenir gênante par son poids, M... consulta son médecin, M. Schneider, qui, croyant à une hydrocèle, pratiqua, le 10 août, une ponction à la partie antérieure et inférieure de la tumeur. Il s'écoula une petite cuillerée à café d'un liquide épais, visqueux, jaunâtre. Deux jours après, la tumeur s'enflamma, la peau du scrotum devint rouge, chaude, la fièvre s'alluma, et le malade dut s'aliter.

Le 14 août, formation, au niveau du trou de la ponction, d'une tache bleuâtre, indice d'une gangrène imminente.

Le 15, la tuméfaction augmenta, et, dans la soirée, une escharre de la grandeur d'une pièce d'un franc, comprenant la peau du scrotum, se détacha spontanément. Un flot de pus séreux, ichoreux, fétide, jaillit de cet orifice, à travers lequel un gros bourgeon charnu vint bientôt après faire hernie.

Je vois le malade, le 17 août, dans l'état suivant : Facies pâle, fièvre modérée, pouls à 108, soif intense. La région droite du scrotum présente une tumeur du volume du poing d'un adulte. La peau qui la recouvre est enflammée, jusque vers la racine des bourses ; le cordon légèrement infiltré, un peu douloureux. Du côté gauche, le cordon et le testicule sont parfaitement sains.

A la partie antéro-inférieure deux gros bourgeons charnus, saignant facilement, font hernie à travers l'ouverture signalée plus haut, et par laquelle s'échappe, à la moindre pression, une sanie fétide.

La tumeur présente une fausse fluctuation ; elle est irrégulière, bosselée, indolente à la pression, et semble siéger dans le testicule lui-même ou du moins lui adhérer intimement. Il est toujours impossible de déterminer sa position exacte, à cause du gonflement du scrotum. Les ganglions inguinaux du côté malade sont notablement engorgés, et cela depuis plusieurs semaines, d'après le malade.

L'idée d'un sarcocèle cancéreux nous vint naturellement à l'esprit. L'âge du sujet, l'absence d'antécédents tuberculeux et syphilitiques, l'infiltration du cordon, l'adénite inguinale ayant précédé la ponction, tous ces signes réunis, nous portèrent à formuler ce diagnostic.

Le développement subit de la tumeur sans cause occasionnelle

bien évidente, si ce n'est peut-être un effort intempestif; sa marche envahissante sous l'influence de fatigues répétées, son aspect particulier, et surtout la présence de bourgeons charnus saignant au moindre contact, confirmaient encore mon hypothèse.

Il s'agissait dès lors d'intervenir chirurgicalement. Je proposai donc la castration, qui fut acceptée et pratiquée séance tenante, avec le concours du Dr Schneider et de M. Spraul, élève de Nancy.

L'anesthésie obtenue, je pratiquai, sur la partie antérieure de la tumeur, une incision de 10 centimètres, passant par la fistule, et intéressant la peau du scrotum et les enveloppes sous-jacentes. Une hémorrhagie en nappe abondante s'en suivit : je saisis deux artérioles à l'aide de pinces hémostatiques et pus dès lors énucléer la tumeur avec la plus grande facilité.

Arrivé près du cordon, je le fis comprimer entre le pouce et l'index et le sectionnai à l'aide du bistouri. Quatre artérioles furent liées isolément.

Un tampon de charpie imbibé d'alcool fut déposé au fond de la plaie, que je laissai béante, sans pratiquer une seule suture. Quelques compresses et un suspensoir terminèrent le pansement.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Je vis mon opéré au bout de 8 jours : la plaie s'était notablement rétrécie, elle était recouverte d'une couche de bourgeons charnus de bonne nature. Les ganglions inguinaux étaient revenus à l'état normal.

Au bout de cinq semaines, la cicatrisation était complète, et le malade put reprendre ses travaux. La guérison s'est parfaitement maintenue depuis (22 mars 1878).

Examen anatomique. — I. — Le testicule, parfaitement sain, est refoulé en arrière et en bas de la tumeur ; ses tuniques sont fortement épaissies, notamment l'albuginée. La queue de l'épididyme est perdue dans un tissu fibreux très-dense.

II. — La masse principale de la tumeur dépasse le volume d'une grosse orange. Elle s'implante en avant du testicule, à peu près à la hauteur de la tête de l'épididyme. Latéralement, elle semble se continuer par sa face externe avec les enveloppes mêmes du testicule, qui sont du reste à peine reconnaissables.

La tumeur se trouve donc en quelque sorte contenue dans une poche formée par les couches profondes du scrotum. La tunique vaginale proprement dite, partout adhérente, ne se retrouve avec quelque netteté que dans un point : tout près de l'implantation de la tumeur sur le testicule.

Dans son ensemble, cette masse est fort irrégulière ; elle se compose de lobes et de lobules, de bourrelets et d'excroissances. On peut la diviser en deux parties principales : l'une supérieure, constituée par ces excroissances lobulées ; l'autre inférieure, du

volume d'une petite pomme, et rattachée à la première par un pédicule assez étroit.

Toutes ces saillies présentent une surface externe franchement cutanée, avec des plis, des rugosités diverses, et *des touffes de poils* longs et épais, disséminées çà et là. En certains points, et notamment au fond des replis qui séparent les divers lobules, la surface perd son aspect cutané, redevient lisse et comme muqueuse.

III. — Une coupe antéro-postérieure de la tumeur montre, sous le revêtement cutané, une substance fibreuse assez molle, parsemée *de kystes* nombreux à parois lisses, *de canaux* de même nature, *de pelotons adipeux,* et de points en dégénérescence myxomateuse. Quelques kystes se prolongent jusque dans les bourgeons cutanés qui font saillie à la surface. C'est ainsi que la partie inférieure décrite plus haut renferme une poche pareille. En arrière, *se prolongeant dans la substance même du testicule*, se trouve une autre poche à parois lisses, renfermant un gros bourgeon dermoïde, pigmenté en un point.

La plupart des kystes sont remplis par un *magma* plus ou moins épais, blanchâtre, riche en cholestérine. Outre les cellules pavimenteuses, quelques détritus graisseux et quelques poils, ce magma renferme quantité de *cellules épithéliales, cylindriques, à cils vibratiles*, très-allongées, comme celles que l'on trouve d'ordinaire dans les canaux excréteurs du sperme (épididyme, etc.).

En certains points, notamment sur la coupe de la tumeur principale, le doigt rencontre une résistance considérable, et l'on peut ici reconnaître la présence de véritables *lamelles osseuses,* du reste sans forme déterminée.

IV. — L'examen microscopique d'un des bourgeons dermoïdes y démontre moins de papilles que dans la peau ordinaire, un épithélium pavimenteux stratifié, des *glandes en tube* très-longues, analogues aux glandes sudoripares, et des *follicules pileux* plus ou moins rudimentaires avec glandes sébacées. Au-dessous se trouve un tissu connectif très-riche en fibres élastiques et parsemé de canaux remplis en certains points de cellules rondes. Des traînées denses de *fibres musculaires lisses* parcourent ce tissu dans tous les sens, notamment dans le voisinage des kystes ; il n'y a ni muscles striés, ni substance nerveuse.

Un élément important de cette tumeur est constitué par des amas de *glandes muqueuses* groupés en général au pourtour des kystes et s'ouvrant parfois dans leur intérieur par des canaux excréteurs bien formés. On constate aussi en quelques points une véritable infiltration interstitielle des tissus par de la matière

muqueuse; ailleurs, c'est une infiltration de sang, qui se continue parfois jusque dans l'intérieur même des kystes.

Enfin, au niveau des canaux excréteurs dont il vient d'être question, on trouve des travées de substance osseuse à *corpuscules osseux étoilés*, très-nets, ainsi que quelques fragments de *cartilage hyalin*.

M. J. Bœckel fait suivre son récit de quelques réflexions :

Après avoir bien voulu rappeler mon travail de 1855, il constate l'analogie très-grande de son cas avec celui que j'avais recueilli moi-même. En effet, ce sont presque les mêmes tissus : peau avec ses annexes, glandes en tube, follicules pileux, poils, tissus osseux et cartilagineux, fibres musculaires lisses, cavités kystiques, etc., et les mêmes rapports avec le testicule, par conséquent la même variété d'inclusion péritesticulaire.

Le nom de kyste dermoïque conviendrait ici d'autant moins que l'enveloppe du kyste n'existait pas, la tumeur étant simplement logée dans les couches profondes du scrotum.

En ce qui concerne le diagnostic, M. Bœckel avoue qu'il ne l'a pas mieux porté que les autres chirurgiens; l'inflammation des bourses consécutive à la ponction a contribué, il est vrai, à masquer la forme, la consistance de la tumeur et ses rapports avec le testicule.

On n'a pas même pu faire l'examen histologique préalable d'une parcelle de la tumeur, ce qui eût pu faire soupçonner sa véritable nature. Croyant à l'existence d'un sarcome et à l'urgence même de l'opération, on s'est empressé de pratiquer la castration et l'on a eu tort, car l'énucléation de la tumeur eût été possible ainsi que la conservation du testicule.

Voici maintenant l'observation inédite que j'annonçais en commençant. La partie clinique est due à notre collègue, M. Léon Labbé, qui a bien voulu me communiquer ses notes. Pour ma part, j'ai ajouté les détails histologiques.

Obs. II. — *Inclusion, post-testiculaire chez un jeune garçon; castration, guérison.*

D... (François), 14 ans, entre le 12 mai 1858 à l'hôpital Cochin. Il dit ne s'être aperçu que depuis 1 an à peine d'un gonflement de la moitié droite du scrotum, mais son père donne d'autres renseignements. Le mal remonte presque à la naissance : car, lorsque l'enfant revint de nourrice, le testicule droit présentait déjà un volume beaucoup plus considérable et affectait une forme presque carrée.

Pendant l'enfance il a peu grossi et ne s'est accru assez rapidement que depuis une année. Du reste, les douleurs sont à peu près nulles, et c'est à peine s'il y a pendant la marche une certaine gêne, que soulage l'emploi d'un suspensoir.

La tumeur, grosse comme un œuf de poule, est irrégulière, bosselée, dure en certains points, mollasse en d'autres, surtout au sommet des bosselures, indolente à la pression, sans changement de couleur à la peau. Le cordon spermatique et le canal déférent sont parfaitement sains et l'on ne découvre rien d'anormal dans les régions iliaque et lombaire. La miction se fait sans obstacle. On reste dans l'incertitude relativement au diagnostic ; rien dans les antécédents de famille ne fournit de lumière.

On trouve au cou une cicatrice, mais on ne sait quelle en a été la cause et elle ne suffit pas pour justifier le diagnostic de tuberculisation testiculaire en voie de ramollissement. On pense à une tumeur kystique, mais on s'arrête à l'idée d'un sarcocèle, pour lequel on pratique, le 14 mai, la castration, qui fut suivie de succès.

L'examen à l'œil nu sur une coupe faite parallèlement au grand axe montre :

1° Que la tumeur est implantée soit sur l'épididyme, soit sur le corps d'Highmore, mais bien évidemment en dehors du testicule, qu'on retrouve à l'état sain à la partie antérieure de la masse morbide ;

2° Que cette tumeur est formée surtout par des kystes bien isolés, renfermant des liquides divers : matière d'apparence sébacée fluide, mucilagineuse, poils, etc. Dans l'intervalle des poches kystiques, masses adipeuses, grains cartilagineux, etc.

L'examen microscopique confirme et précise ces données.

Une grande moitié de la tumeur est formée par une poche assez spacieuse pour pouvoir loger une amande verte, remplie et distendue par un mélange d'épiderme, de cholestérine et de poils.

Les cellules épidermiques, quadrilatérales ou pentagonales sont minces, pâles et un peu granuleuses, sans noyau visible même à l'aide de l'acide acétique; elles ressemblent aux cellules de la gaîne des poils. La chlolestérine est en cristaux; les poils sont courts, follets, incolores, dépourvus de bulbe, très-nombreux. La paroi interne de cette poche est lisse, luisante, d'un rose gris, et tapissée d'épiderme pavimenteux dont on peut enlever des lames assez étendues. Débarrassée de son contenu, cette paroi se plisse et prend les caractères d'une peau très-mince ; elle est d'ailleurs ça et là recouverte de poils courts, mais solidement implantés, avec bulbe et glandes sébacées.

Plusieurs kystes, dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette, renferment un liquide muciforme, épais, plus ou moins transparent, et dans lequel nagent des gouttelettes huileuses, des cellules d'épithélium cylindrique sans cils vibratiles, et de gros corpuscules granuleux. La paroi de ces kystes est blanche, fibreuse, solide, tapissée par une couche con-

tinue d'épithélium cylindrique. Sur la face interne de l'un de ces kystes anfractueux et multiloculaires, on voit des franges flottantes dans l'épaisseur desquelles se trouvent un grand nombre d'acini appartenant à la classe des glandes en grappe et remplis d'épithélium dit nucléaire. A côté de ce dernier kyste se trouvent deux masses consistantes : l'une arrondie, grosse comme une cerise; l'autre allongée, cylindrique, longue de 2 centimètres environ sur 1 centimètre à peine de diamètre.

Toutes deux, creuses à l'intérieur, présentent une cavité au quart remplie de mucus ; la paroi, très-épaisse, est constituée de dehors en dedans par une couche de fibres musculaires lisses très-distinctes, entremêlées de tissu conjonctif, par une véritable muqueuse lisse, souple, molle, plissée, surmontée de papilles grosses et courtes très-évidentes, munie dans son épaisseur de glandes tubuleuses, et enfin tapissée d'une belle couche de cellules cylindriques.

Il s'agit, sans aucun doute possible, de deux segments d'intestin grêle, isolés l'un de l'autre et juxtaposés.

Entre les kystes, du tissu conjonctif en faisceaux avec fibres élastiques très-délicates entremêlées ; au milieu de la tumeur, une petite masse de tissu adipeux ayant à l'œil nu et au microscope la plus parfaite ressemblance avec le tissu graisseux sous-cutané.

Un peu plus loin, amas de noyaux cartilagineux, réunis entre eux par du tissu fibreux de manière à paraître articulés, mais qui pour la plupart n'ont point de forme précise. Toutefois deux de ces noyaux offrent une ressemblance frappante avec les cartilages arythénoïdes, ils sont en effet prismatiques, triangulaires, légèrement recourbés, se regardant par leur concavité, et réunis à une masse cartilagineuse informe, mais plus grosse qu'eux. On trouve sur la concavité d'un de ces crochets cartilagineux une surface d'apparence muqueuse où se voit au microscope une magnifique glande en grappe, analogue à celles qu'on trouve dans le larynx.

En somme, sac cutané, tronçon d'intestin et vestige de larynx, telles sont les parties que renferme cette tumeur et qui suffisent amplement pour caractériser l'inclusion.

Je vais maintenant faire connaître sommairement les faits publiés depuis 1855 et venus à ma connaissance.

Tilanus décrit un *cystofibroïde congénital* du testicule gauche qui à l'origine était peu étendu, mais qui à 20 ans mesurait 12 lignes de long et 6 de large, et fut extirpé avec succès.

La tumeur consistait en kystes dermoïdes gros et petits, avec épithélium, longs poils, glandes sébacées et sudoripares. La paroi,

très-épaisse en certains points, contenait des os et des cartilages complétement développés [1].

En 1860, le professeur Heschl, de Krakau, publie un assez long mémoire sur les kystes dermoïdes en général et rapporte l'observation suivante de dermoïde testiculaire (*Hoden dermeid*) [1] :

Le Dr Reder vit en 1853 l'enfant d'un surveillant de fabrique, âgé de 8 ans et qui depuis sa naissance était atteint d'un gonflement du testicule droit. Le mal s'était accru peu à peu, sans causer de douleurs, jusqu'à acquérir le volume d'un œuf de poule. La tumeur, suspendue au cordon spermatique, était allongée, de consistance très-inégale, élastique en avant, de dureté osseuse en arrière, opaque et non fluctuante. On ne pouvait déterminer la situation du testicule. La peau du scrotum était normale, mobile sur la tumeur, ses plis étaient effacés.

Une ponction exploratrice ne donnant issue à aucun fluide et la canule ne ramenant aucune matière à caractères bien tranchés, on se décida à faire la castration sans diagnostic précis.

La tumeur, étant mise à nu par une incision longitudinale, fut ouverte au point le plus mou, afin qu'on pût s'assurer de la position du testicule. Il s'écoula aussitôt une substance visqueuse, graisseuse, renfermée dans les larges mailles d'un réseau de poils. La surface interne de la cavité ouverte était rugueuse, mais on n'y voyait point le testicule.

On procéda alors à l'extirpation de la tumeur et à la fermeture de la plaie. La guérison, sans accidents, était complète au bout de 4 semaines.

L'examen anatomique attentif montra que la tumeur était un kyste à paroi antérieure épaisse d'une ligne, à moitié couvert à sa surface interne de saillies transparentes, irrégulières, dures, qui donnaient à la paroi une épaisseur de 4 à 5 lignes.

On trouvait dans cette couche des os à angles aigus, possédant la vraie structure osseuse; une grande quantité de poils, fins ou grossiers, diversement enchevêtrés, naissant de la paroi du kyste, qui renfermait en outre de la graisse liquide et des masses blanches, friables, semblables à de la graisse figée. On trouva encore dans la paroi de grosses glandes sébacées, mais on ne rechercha pas les glandes sudoripares, pour ne point gâter la pièce, qui fut déposée au musée pathologique de Vienne.

Tout le kyste était enveloppé par la tunique vaginale propre du

[1] L'observation originale a été publiée dans un recueil hollandais que je n'ai pas pu me procurer. J'ai donc dû me contenter de ce court extrait. (*Schmidt's Jahrbücher*, 1858, t. CXV, p. 171.)

[1] *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde*. Prag. 1860, IV Bd, p. 56.

testicule et confondu avec son feuillet interne, de telle sorte qu'il occupait exactement la place du testicule absent. Le cordon spermatique se perdait dans la membrane susdite.

M. Heschl ajoute une réflexion sur laquelle je reviendrai plus tard. « Ce cas, dit-il, est d'autant plus remarquable que dans tous les dermoïdes scrotaux observés jusqu'à présent, on n'a pas pu, d'après Verneuil, démontrer avec certitude le siége du mal dans le testicule même, ce qui a été constaté d'une manière non douteuse, dans notre cas. »

M. Kocher signale deux pièces pathologiques appartenant aux collections de Giessen et de Gœttingen [1].

La première est un kyste du volume d'une noix avec des poils et des lobules graisseux ; il a son siége dans le scrotum et repose sur la face externe de la tunique vaginale à laquelle il est fixé par du tissu cellulaire lâche.

Le kystome dermoïde de la collection de Gœttingen, a la grosseur d'une petite pomme, il se compose d'un kyste avec une enveloppe dense, mais peu épaisse cependant. Le contenu est formé d'une bouillie épaisse, molle, avec des cheveux droits ou roulés en spirale. Ces derniers sont libres ou plantés obliquement sur la paroi. La bouillie kystique se compose presque exclusivement d'épithélium pavimenteux très-nettement limité, irrégulier. On trouve dans la paroi des plaques calcaires étoilées, surtout dans les couches externes. Le testicule est situé en haut et en arrière. Sa face antérieure est aplatie par le kyste. Entre la paroi du kyste et le parenchyme testiculaire normal, se trouve une couche épaisse de tissu lardacé, composé de tissu conjonctif alvéolaire qui renferme de la graisse. Le cordon est en arrière ; l'épididyme est détruit. Le point d'insertion de la tunique vaginale sur le testicule et l'épididyme est normal. La tunique vaginale viscérale passe sans interruption de la surface du testicule sur la tumeur.

Ce dermoïde est donc développé sur la surface antérieure du testicule, entre celui-ci et la tunique vaginale, de sorte qu'entre la paroi et le parenchyme testiculaire se trouvait un tissu graisseux semblable au tissu sous-cutané.

En 1862, M. Julius Geinitz, d'Altenburg, publie l'observation suivante :

Extirpation d'un kyste dermoïde avec os et cheveux, siégeant dans le scrotum [2].

Gustav Ehrler vint au monde sans que ses parents ni sa nour-

[1] *Tératome* du testicule *in Krankheiten der Hodens*, etc., p. 391, 1874, *in Handbuch* de Pitha et Billroth.

[2] *Deutsche Klinik*, 1862, nº 22, p. 216.

rice remarquassent rien d'anormal. A 6 mois, on aperçut à droite du scrotum une tumeur qu'on prit pour une hydrocèle, et qu'on traita longtemps par les badigeonnages iodés et diverses embrocations. A 2 ans, je reconnus une hydrocèle avec fluctuation et transparence manifeste ; une ponction donna issue à un fluide aqueux et limpide. La tumeur ne disparut pas par cette évacuation ; la partie inférieure de la poche garda sa forme primitive et le volume d'une coque de noix, se continuant en arrière avec le testicule manifestement augmenté de volume. La paroi offrait la consistance du parchemin, résistante au voisinage du testicule et allant en s'amincissant vers la partie supérieure. La ponction ne détermina aucune réaction, et la tumeur ne tarda pas à se remplir comme auparavant.

Peu à peu le testicule parut grossir ; la paroi du kyste alla en s'épaississant et en s'indurant.

A l'âge de 3 ans l'enfant est bien constitué, fortement bâti et d'apparence saine. La tumeur arrondie, ayant envahi tout le scrotum, pend jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, refoule en haut le testicule gauche et le pénis, et remonte presque jusqu'à l'anneau inguinal.

On distingue le cordon spermatique sain en arrière et en bas de la tumeur.

La peau sus-jacente est normale, mobile, sans changement de couleur ; en haut fluctuation comme en cas d'hydrocèle ; en bas, divers points manifestement ossifiés ; dans l'intervalle, plusieurs saillies molles, élastiques comme des kystes.

La masse morbide est tout à fait indolente.

Opération le 18 octobre 1860, à l'aide du chloroforme. On se proposait d'abord de reconnaître, par une incision, la nature et l'étendue de la tumeur, ainsi que ses rapports avec le testicule.

Incision longitudinale de 3 pouces comprenant la peau et le tissu cellulaire. Elle met à nu la tunique vaginale commune qui présentait une fluctuation évidente. — Son ouverture donne issue à une bouillie épaisse d'un blanc éclatant qui contenait d'innombrables poils courts et libres. La paroi postérieure de la poche kystique était également couverte de poils. Derrière elle on perçoit encore de la fluctuation. Une incision fait sortir une grande quantité de sérosité jaunâtre et limpide. En ouvrant largement ces deux kystes on divise plusieurs lamelles osseuses, puis on trouve à leur face interne plusieurs saillies charnues. Par une recherche attentive on sent en bas et en arrière un corps mou qui se continue immédiatement avec le cordon et qui paraît être le testicule. On procède alors à l'extirpation des kystes; en dirigeant toujours le

tranchant du bistouri du côté de la tumeur, on parvient à l'isoler du testicule très-aplati et à conserver ce dernier.

Trois artères furent liées et la partie inférieure de la plaie fut fermée par deux sutures pour prévenir une hernie du testicule. Charpie sur la plaie et suspensoir.

La tumeur consiste en un kyste principal qui mesure 2 pouces 1/2 de diamètre et renferme un grand kyste séreux, un autre plus petit, et deux petits kystes dermoïdes; il est entouré d'une tunique fibreuse complète.

Le kyste séreux possède une paroi fibreuse et osseuse; les parties fibreuses se continuent avec les parties osseuses comme les fontanelles avec les os larges de la voûte du crâne. Les lames osseuses qui forment la plus grande partie de la paroi sont composées de deux couches compactes entre lesquelles se trouve du tissu spongieux (diploé). Les parties fibreuses envoient à la face interne des os une couche qui çà et là prend l'apparence d'une membrane séreuse.

Les kystes dermoïdes un peu aplatis s'insèrent sur le kyste séreux et proéminent dans sa cavité. Le plus volumineux s'étend même jusque sous les pièces osseuses; ils renferment surtout des cellules épidermiques et des poils courts. Leur face interne, au point où elle adhère au kyste séreux, est régulièrement et abondamment munie de cheveux et présente des inégalités dues à des amas d'épiderme. Les follicules pileux munis de leurs glandes sébacées répondent à une couche composée en grande partie d'épiderme condensé, et çà et là seulement de tissu conjonctif. On ne peut découvrir de couche papillaire. Le reste de la face interne du kyste est lisse.

Après l'opération, fièvre violente, vomissements, soif, peau chaude, pouls très-fréquent, déviation des yeux, respiration anxieuse, somnolence avec les yeux demi-fermés. L'enfant ne mange rien ni ce jour-là ni le suivant, il crie quand il rend son urine parce que celle-ci touche la plaie; application froide sur la tête. A l'intérieur acide phosphorique.

La connaissance ne revient que le 7e jour, 25 octobre. L'enfant prend un peu de lait; on lui donne de la magnésie et un lavement.

Le 28 octobre, l'opéré n'a plus de fièvre et recommence à jouer. La plaie est pansée pour la première fois.

30 *octobre*.—Le pouls s'accélère de nouveau; le scrotum rougit et reprend son volume d'autrefois, il s'écoule un liquide putride et infect. On fait des applications d'infusion de camomille.

Bientôt la suppuration reprend de meilleurs caractères; la rougeur et le gonflement diminuent, la plaie se recouvre de granulations; elle est tout à fait close le 11 décembre.

En mai 1862, l'enfant est vigoureux et son scrotum offre une apparence tout à fait normale. Le testicule autrefois aplati, presque atrophié, s'est convenablement développé et offre une consistance normale. La cicatrice cutanée y adhère encore en un petit point; partout ailleurs elle est libre et mobile. Plusieurs confrères ont pu se convaincre de l'intégrité du testicule.

L'auteur ajoute les remarques suivantes :

Ce cas est à ma connaissance le premier (je n'en ai trouvé que onze dans la littérature) où l'on ait conservé le testicule dans l'ablation des kystes dermoïdes du scrotum. Je considère la tumeur comme n'étant qu'un kyste dermoïde, parce que le développement n'a eu lieu qu'après la naissance, ce qui parle contre l'hypothèse d'une inclusion (*intrafötation Geschwülst*). A la vérité il serait facile avec un peu de fantaisie de reconnaître là le cuir chevelu, le tissu cellulaire sous-cutané, les os du crâne avec leurs lames compactes interne, externe et leur diploë, puis les fontanelles interposées entre eux, la dure-mère, etc. De cette façon un rudiment du crâne serait constitué.

Les bulletins de la Société anatomique de 1864, renferment une observation importante à cause des détails cliniques et de notes histologiques dues à MM. Robin et Cornil. De plus, notre collègue M. Cruveilhier fit sur ce cas un rapport assez étendu [1].

Inclusion scrotale viscérale. — Tumeur encéphaloïde de l'épididyme. — Infection générale. — Mort 6 semaines après la castration,

Par M. Spiess, interne des hôpitaux.

D..., 24 ans, garçon de restaurant, entre le 30 avril 1861 à la Pitié, service de M. Richet, salle Saint-Gabriel, n° 40. Il est de grande taille, d'une bonne santé habituelle. Il y a 3 ans, servant dans la cavalerie, il s'est froissé le testicule en montant à cheval; cet organe augmenta alors de volume sans vives douleurs cependant, et continua à s'accroître bien qu'à deux reprises différentes on ait soumis le malade à un traitement par l'iodure de potassium.

En 1862, il est réformé; la tumeur était indolente, de la grosseur du poing, et ne gênait que par son volume.

Cet état continue jusqu'en 1864; 15 jours avant l'entrée du malade à la Pitié, des douleurs apparaissent le long du cordon.

La tumeur est piriforme, régulière, peu bosselée, longue de 16 centimètres, ayant 26 centimètres de circonférence; son sommet correspond à l'orifice inférieur du canal inguinal. La peau qui la recouvre est de couleur normale, sans cicatrice ni adhérence. Il semble que les parties supérieure et inférieure soient

[1] *Bull. Soc. anat.*, 1864, p. 277.

constituées par du liquide et la portion moyenne par un corps solide, étant donnée la consistance molle des premières et dure de la dernière ; mais à la lumière on ne trouve pas de transparence.

Cordon un peu gonflé, mais souple et sans nodosité; canal déférent normal.

Rien de spécial dans les antécédents ; on soumet néanmoins le malade à un traitement par l'iodure de potassium et le biiodure de mercure, mais sans résultat.

Le 2 juin, M. Richet pratique la castration. Avant l'opération, ponction avec un trois-quarts; issue de sérosité sanguinolente. Suites de l'opération très-simples, cicatrisation rapide et complète.

Le 20 juin, douleurs dans le dos et les lombes ; toux.

4 juillet. Les douleurs lombaires ont augmenté, le malade a assez maigri, il a de la peine à faire mouvoir ses jambes; on est obligé de le sonder pour expulser ses urines.

12 juillet. Respiration de plus en plus difficile ; matité assez étendue des deux côtés de la poitrine.

22 juillet. Mort dans une sorte de coma.

Description et examen de la pièce.

En incisant la tumeur couche par couche, on trouve : 1° la tunique vaginale ; sa cavité est cloisonnée par des fausses membranes entre lesquelles est de la sérosité sanguinolente et une matière rougeâtre gélatineuse ; 2° l'albuginée considérablement épaissie ; 3° le testicule.

La tunique vaginale et l'albuginée, très-distinctes l'une de l'autre sur les parties latérales de l'organe, se confondent en arrière au niveau de l'épididyme ; ce dernier est considérablement augmenté de volume.

Sur une coupe faite d'arrière en avant on remarque sur la partie correspondante au testicule, une masse ovoïde blanchâtre, cartilagineuse, de 3 centimètres 1/2 de diamètre ; autour d'elle quelques noyaux analogues et des fragments osseux, sans forme bien déterminée, entourés d'une membrane fibreuse, sorte de périoste, et percés de trous semblables aux orifices des canaux vasculaires. En arrière des noyaux cartilagineux, amas de substance sébacée et de poils ; la matière sébacée est entourée d'une membrane rougeâtre ; les poils, dont quelques-uns ont jusqu'à 5 centimètres de long, sont mêlés à de la matière sébacée, dans des kystes analogues aux précédents ; quelques-uns d'entre eux sont implantés à la face interne de l'enveloppe kystique.

Enfin, en avant de la tumeur, et recouvrant l'albuginée, est

une petite masse arrondie, lisse à la surface, molle, rougeâtre, semblable à du tissu testiculaire infiltré.

L'épididyme a un aspect à peu près normal; le corps est gris rosé, assez consistant; la tête et la queue sont rougeâtres et ramollies.

Examen par M. le professeur Robin. — Cette masse morbide est formée principalement par du cartilage, il y a aussi des kystes renfermant de la matière sébacée, semblable à celle de l'enduit fœtal et des kystes pileux de l'ovaire; cette substance est accompagnée de poils. Le tissu cartilagineux offre les caractères du cartilage fœtal; seulement, les cellules cartilagineuses et leurs noyaux renferment une quantité considérable de granulations graisseuses.

Entre les kystes précédents et le cartilage se trouvent quelques fragments osseux et un tissu rougeâtre formé principalement de corps fusiformes, de noyaux, de corps fibro-plastiques et de quelques leucocytes. Les noyaux sont presque tous déformés par des granulations développées au milieu. Les deux extrémités de l'épididyme offrent la structure que l'on constate lors de l'altération dite encéphaloïde, la partie moyenne, d'aspect fibreux, renferme des tubes épididymaires moins altérés.

Autopsie, par M. Louis Odier :

Poumons envahis par des masses blanchâtres, d'aspect encéphaloïde.

Ganglions lombaires du côté gauche volumineux et également dégénérés. Un de ces ganglions, surtout, a pris un volume considérable et forme à la partie inférieure du rein gauche une tumeur qui comprime l'uretère; dilatation considérable du calice et des bassinets.

L'examen des noyaux pulmonaires et du ganglion, fait par M. Cornil, a montré qu'il s'agissait de tumeurs secondaires, ayant à l'œil nu l'apparence de l'encéphaloïde, caractérisées par des cellules très-volumineuses à noyau considérable et à gros nucléole, par des dilatations ectasiques des vaisseaux et par l'absence d'une trame de tissu conjonctif.

En 1871, M. Ed. Lang, d'Innsbruck, publie une note intitulée : *Ein Beitrag zur Kentniss sog. Dermoid Cysten* (contribution à la connaissance des prétendus kystes *dermoïdes*) (*Archiv. für pathologische Anatomie... de Virchow*, t. LIII, p. 128, 1871), et rapporte une longue observation.

J. R..., 1 an 1/2, porte dans la partie gauche du scrotum, au lieu de testicule, une tumeur du volume d'un œuf de poule, recouverte par les téguments normaux. La consistance est cartilagineuse, sauf en plusieurs petits points, où l'on peut percevoir de la fluctua-

tion; cordon spermatique semblable à celui du côté opposé ; ganglions voisins intacts.

Au moment de l'accouchement, on ne constata rien, mais peu de temps après, la garde remarqua le volume du testicule gauche qui, depuis lors, s'accrut peu à peu et continuellement.

En février 1870, ponction exploratrice qui donne issue à une goutte de sang. En novembre, le professeur Heine pratiqua la castration; la ligature de 3 vaisseaux ne suffisant pas, on fait la ligature en masse du cordon.

Les suites furent extrêmement favorables. La fièvre traumatique ne dura que 5 jours et la température ne s'éleva le soir qu'à 39°,2. Au bout de 20 jours la plaie n'avait plus que quelques lignes d'étendue.

La tumeur est enveloppée de deux tuniques vaginales, l'une commune, l'autre propre ; en arrière et en bas elle possède un pédicule constitué par les éléments normaux du cordon spermatique. A droite de l'abouchement de ce cordon se voit une saillie aplatie de 9 lignes de long sur 3 de large et 1 d'épaisseur et qui va en diminuant vers le haut.

Après la tunique vaginale propre, on trouve une sorte de membrane albuginée de 2 lignes d'épaisseur en certains points, et qui, dans d'autres points est amincie par des kystes arrondis du volume d'un pois dont on voit le contenu par transparence.

Sur une coupe qui sépare la tumeur en deux moitiés, on voit des kystes du volume d'un grain de millet ou d'un haricot, séparés par des cloisons minces comme une feuille de papier, ou épaisses de 3 lignes, kystes qui renferment tantôt un liquide clair, tantôt un fluide trouble. Dans les cloisons et les points de rencontre le doigt reconnaît des indurations cartilagineuses ou osseuses du volume d'une pointe d'épingle.

En arrière et en bas existe un grand espace kystique qui sépare de la masse principale de la tumeur une petite partie portant la saillie aplatie dont il a été question plus haut.

L'examen microscopique fut fait avec beaucoup de soin sur des préparations fraîches ou durcies. Il est trop long pour être reproduit en entier. Qu'il suffise de savoir qu'on trouva des kystes tapissés par de l'épithélium cylindrique et remplis par des cellules épithéliales détachées, des globules muqueux, ou des débris d'éléments déformés.

Les nodosités dures du stroma étaient constituées par du cartilage et du tissu osseux; ce dernier, sans disposition lamelleuse et sans canaux de Havers, consistait seulement en corpuscules osseux dans une substance calcifiée homogène.

La tunique albuginée présentait des faisceaux fibreux de divers

consistance, aspect et épaisseur, séparés par des amas de cellules également très-variées, ici lymphoïdes, là, prêtes à se métamorphoser en cartilage et en os.

Plusieurs des kystes étaient tapissés par une membrane offrant les caractères d'une membrane avec ses accessoires; papilles, glandules analogues aux acini salivaires ou muqueux, dont quelques-uns étaient munis d'un canal excréteur, ou semblables aux cryptes de la muqueuse intestinale.

D'autres kystes portaient à leur face interne des îlots de peau d'épaisseur variable, munis de poils et de grosses glandes sébacées et présentant d'ailleurs les caractères ordinaires du tégument.

Les kystes cutanés étaient quatre fois plus nombreux que les kystes muqueux.

On trouvait dans le stroma fibreux, outre les os et le cartilage, un gros fragment de tissu spongieux renfermant dans ses aréoles un tissu lymphoïde. Trois fois on rencontra des fibres nerveuses à double contour. Nulle trace de muscles striés. En plusieurs points muscles lisses assez bien caractérisés.

La partie de la tumeur qui se trouvait derrière le grand espace kystique se distinguait par sa richesse en faisceaux nerveux et en cellules nerveuses.

La saillie constatée sur la tumeur par l'examen à l'œil nu n'est autre que le testicule. On distingue les canaux séminifères différant à peine de l'état normal réunis en groupes séparés par des cloisons. Ce testicule épais seulement de 1 ligne 1/2 à 2 lignes, était muni d'une albuginée adhérant à l'albuginée de la tumeur par quelques faisceaux unissants.

Tels sont les 9 faits qu'on peut ajouter aux 10 observations que j'ai réunies en 1855. 3 d'entre eux sont fort incomplets, les 6 autres sont heureusement plus détaillés.

Mais à eux tous éclairent-ils beaucoup la question et dissipent-ils les obscurités que je signalais jadis ? Je crains que non et constate d'ailleurs que certains des observateurs récents ne sont guère au courant de la science.

Ces faits cependant, ne sont pas sans utilité, car ils serviront au moins à contrôler quelques-unes des assertions que j'ai émises autrefois, et, je crois, à les confirmer pour la plupart.

Sur les 10 cas anciens, j'avais trouvé 6 fois le côté indiqué et c'était toujours le droit. Dans les cas nouveaux, l'affection siégeait 4 fois à droite, et 3 fois à gauche. 2 fois le siége reste inconnu.

Jusqu'à ce jour on n'a pas encore vu les deux côtés pris à la fois, c'est-à-dire l'inclusion double ou bilatérale.

Après avoir longuement discuté le siége anatomique du para-

site et ses rapports avec le testicule, j'étais arrivé jadis aux conclusions suivantes :

La tumeur se développe parfois dans les couches sous-cutanées du scrotum, en dehors de la glande séminale ; elle peut, dans d'autres cas, être primitivement étrangère au scrotum et se trouver en connexion intime avec le testicule avant sa descente. — L'indépendance absolue ou la fusion complète du testicule et de la tumeur peuvent se rencontrer, ainsi que toutes les dispositions intermédiaires. — L'inclusion est ordinairement extra-glandulaire, et les observations établissant que le sac fœtal peut siéger dans l'intérieur même de la glande séminale sont encore à produire. — Je n'ai rien d'essentiel à ajouter à ces conclusions. Rien non plus à en retrancher.

Dans le cas de M. Bœckel « le testicule parfaitement sain est refoulé en arrière et en bas de la tumeur, celle-ci se trouve en quelque sorte contenue dans une poche formée par les couches profondes du scrotum, » donc indépendance complète de la glande et du parasite. Il en était peut-être de même dans la pièce du musée de Giessen.

Cette indépendance existait encore : A) dans le cas de M. Geinitz, puisqu'il fut possible de séparer le testicule de la tumeur ; B) dans la pièce du musée de Gœttingen, car il est dit que la face antérieure du testicule est aplatie par le kyste, et qu'entre eux se trouve une couche épaisse et lardacéee, composée de tissu conjonctif et de graisse; C) dans le cas de MM. Labbé et Verneuil, où une coupe montre que la tumeur est implantée sur l'épididyme ou sur le corps d'Highmore, mais bien évidemment en dehors du testicule.

A la vérité l'accolement était plus intime dans l'observation de M. Lang, car on distinguait à peine le testicule à la partie postérieure et interne de la tumeur, sous forme d'une saillie de 9 lignes de long, sur 3 de large et 1 d'épaisseur, se continuant avec le cordon spermatique. Ce testicule toutefois était muni d'une tunique albuginée distincte, adhérant à la tunique albuginée de la tumeur par quelques fibres unissantes.

Les rapports entre la production morbide et la glande séminale sont beaucoup moins certains dans l'observation de M. Spiess. En effet, dans la description, on parle à plusieurs reprises du testicule, mais ce mot (et ce n'est pas la première fois que cela arrive) n'est pas pris dans le sens rigoureux. Il s'applique seulement à la partie de la tumeur qui n'est pas l'épididyme, et qui est recouverte d'une tunique albuginée. Or, cette partie renferme des masses cartilagineuses et osseuses, des amas de matière sébacée et de poils, des kystes, etc., mais point de glande normale. Il n'est ques-

tion de celle-ci que dans la courte phrase suivante : « En avant de la tumeur est une petite masse arrondie, lisse à sa surface, que recouvrait l'albuginée ; cette masse est molle, semblable à du tissu testiculaire infiltré. »

D'après cela, il est vraisemblable qu'ici, comme dans le cas de M. Lang, le testicule très-rudimentaire était rejeté sur un point circonscrit de la circonférence du kyste parasitaire recouvert d'une membrane fibreuse semblable.

Je me suis étendu assez longuement sur ce cas parce qu'il a servi autrefois à combattre une opinion que j'avais émise et que je ne suis pas encore disposé à abandonner. J'avais dit que l'inclusion péritesticulaire n'était pas encore prouvée.

Or, en 1864, notre collègue, M. Ed. Cruveilhier, faisant un rapport sur l'observation de M. Spiess, y trouvait la démonstration de cette variété, c'est-à-dire un exemple de ce qu'il appelle l'*inclusion viscérale* (qu'il vaudrait mieux, soit dit en passant, nommer *inclusion intra-testiculaire*). Il se fondait sur ce fait qu'une tunique albuginée commune recouvrait la tumeur parasitaire et le vestige de la glande séminale. Eh bien, je ne suis pas convaincu, car dans ce cas comme dans bien d'autres, je trouve seulement entre les deux parties de la tumeur une fusion par accolement et non la preuve que le parasite ait occupé à un moment donné le centre de la glande génitale.

M. Cruveilhier, dans le cours de son rapport, me paraît également commettre une légère confusion en regardant comme un spécimen d'inclusion viscérale le cas que j'avais autrefois rapporté, d'après Prochaska, et dans lequel la tumeur était accolée au testicule encore contenu dans le ventre. Dans ce fait il n'y avait point d'inclusion scrotale, il est vrai, mais pas davantage d'inclusion intra-testiculaire. Il existait simplement une juxtaposition avec adhérence de l'organe pathologique et de l'organe normal, comme c'est du reste le cas de beaucoup le plus commun.

Le fait de M. Heschl, donné comme concluant, ne l'est en aucune façon et ne démontre nullement la situation de la tumeur dans le testicule lui-même. En effet, ni avant ni après l'opération on ne put trouver l'organe en question, on dit même explicitement que le kyste occupait sa place (*sodass sie geradezu die Stell des mengelndan Hodens einnahm*), comment alors affirmer qu'il renfermait la tumeur ? J'ajoute que du reste, et sans doute pour ménager la pièce, on n'a pas cherché suffisamment le testicule qui peut-être, comme dans les cas précédents, était aplati, atrophié et appliqué sur quelque point de la circonférence de la tumeur.

Je suis donc en droit de dire en 1878, comme en 1855, que l'in-

clusion intra-testiculaire est encore à démontrer. Je n'insiste sur ce point que parce qu'il a une certaine importance pour la théorie pathogénique de l'inclusion.

En étudiant sous un autre point de vue les rapports du testicule avec la masse morbide, je trouve que le premier occupe relativement à la seconde des situations diverses : en bas et en arrière, en haut et en arrière, en avant ou sur les côtés. Le plus souvent toutefois le parasite se greffe sur la face antérieure de la glande. Ce détail a une certaine importance pour la médecine opératoire.

Bien que l'affection ait été remarquée à des âges très-différents, la congénitalité n'est pas plus douteuse dans les nouvelles observations que dans les anciennes. Nulle difficulté pour les deux enfants observés par MM. Geinitz et Lang; chez le premier, dès l'âge de 6 mois, on constate à droite du scrotum la tumeur qu'on prend pour une hydrocèle; chez le second, la nourrice remarque peu de temps après la naissance le volume insolite du testicule gauche.

Dans les cas de Tilanus et de Heschl, on dit explicitement que la tumeur était congénitale.

Le sujet de notre observation (Labbé et Verneuil) n'a été observé qu'à 14 ans, et ne rapportait le début de son mal qu'à l'année précédente; mais son père raconta que l'affection remontait presque jusqu'à la naissance, et qu'au retour de nourrice l'enfant avait déjà le testicule droit beaucoup plus volumineux et de forme carrée.

Les patients de MM. Bœckel et Spiess étaient plus âgés , 38 et 24 ans, et n'avaient rien remarqué d'insolite dans les parties génitales avant un violent effort pour le premier et pour le second un froissement de testicule pendant l'équitation.

Chez ces deux sujets la période d'indolence et d'arrêt de la tumeur a donc été considérable et peut-être eût-elle été indéfinie sans les irritations intervenues; mais la congénitalité n'en est pas moins évidente à mes yeux, jusqu'au moment du moins où on m'aura prouvé qu'un effort et un froissement sont capables de donner naissance à des tumeurs renfermant des pièces cartilagineuses et osseuses, des kystes, de la peau, des poils, des glandes normales, etc.

Au reste je n'imagine pas qu'il soit nécessaire d'insister, puisque même pour les simples kystes dermoïdes la congénitalité est très-généralement admise.

Anatomie pathologique. — L'œil nu et les quelques examens histologiques anciens avaient déjà permis de reconnaître dans les inclusions scrotales un grand nombre de tissus et d'organes plus ou moins rudimentaires ; mais les recherches microscopiques faites

sur les pièces nouvellement recueillies ont sensiblement accru nos connaissances anatomo-pathologiques.

Ainsi je faisais remarquer autrefois que les vestiges d'organes trouvés dans ces tumeurs appartenaient presque exclusivement aux parties qui dérivent du feuillet externe du blastoderme et que les organes splanchniques n'étaient jusqu'alors représentés que d'une manière équivoque.

En effet, je ne pouvais citer en 1855 qu'un sac renfermant du méconium et une espèce de poche à paroi musculaire rappelant la structure d'un viscère creux, intestin ou vessie. Or, depuis, des tronçons d'intestin ont été vus nettement par moi-même et par M. Lang qui a noté aussi la présence de quelques glandes muqueuses.

Personne n'a retrouvé de substance cérébrale, ni de cordon nerveux distincts, et nul encore n'a constaté nettement l'existence des muscles striés.

En ce qui concerne les signes et la marche, les observations nouvelles ne présentent aucune particularité qui n'ait été déjà mentionnée dans notre premier travail ; je n'y insiste donc pas dans ce rapport. Nous notons toujours les deux périodes d'indolence et de stagnation d'une part, d'accroissement et d'inflammation de l'autre. Cette dernière évolution est due d'ordinaire à une violence extérieure. Pour la première fois, cependant, nous voyons l'inclusion testiculaire compliquée d'une affection étrangère, le cancer développé dans l'épididyme et entraînant la mort alors que l'opération pouvait être considérée comme guérie [1].

Diagnostic. — Pas plus que leurs prédécesseurs (André, de Peronne et Velpeau exceptés) les chirurgiens contemporains n'ont porté d'avance le diagnostic de l'inclusion scrotale. M. Bœckel se le reproche et invoque comme circonstance atténuante les changements qu'avait fait subir à la tumeur l'inflammation causée par la ponction préalable. Il regrette surtout de n'avoir point examiné au microscope quelques parcelles de la tumeur. Mais à ce propos je rappelerai que plus d'une fois des ponctions ont été pratiquées dans ce genre de tumeur sans éclairer les chirurgiens. Il faudrait que le trocart amenât quelques poils ou au moins du magma épidermique pour qu'on songeât à des débris de fœtus. Le liquide filant d'apparence muqueuse, l'épithélium cylindrique, les éléments du tissu conjonctif, le tissu cartilagineux, etc., n'auraient aucune signification parce qu'ils se rencontrent dans maintes tumeurs testiculaires.

[1] Je retrouve dans le mémoire de M. Heschl, *loco citato*, p. 57, un exemple de dermoïde ovarique également compliqué de cancer.

C'est par les signes cliniques qu'on arriverait le mieux au diagnostic; aussi suis-je un peu surpris qu'on ait fait si peu d'attention à la congénitalité, à l'indolence, à la marche lente, etc., dans les cas de MM. Geinitz et Lang, et dans celui dont M. Labbé et moi avons raconté l'histoire.

Traitement. — Dans la plupart des cas nouveaux on a pratiqué la castration, qu'à la rigueur on aurait pu remplacer par l'extirpation dans le fait de M. Bœckel. M. Geinitz seul a extirpé la tumeur en respectant le testicule, mais sans avoir porté à l'avance le vrai diagnostic. Par prudence, il fit une incision de trois pouces sur la partie antérieure de la tumeur pour en reconnaître la nature, et l'ouverture de la première tunique donna issue à une bouillie épaisse contenant une grande quantité de poils.

Une recherche attentive permit de reconnaître en bas et en arrière un corps mou qui se continuait avec le cordon et paraissait être le testicule. On procéda alors à une dissection minutieuse qui permit de conserver cet organe, lequel était très-aplati.

Le résultat fut favorable, car 2 ans après on revit l'enfant et l'on constata que le testicule autrefois aplati et presque atrophié s'était développé et avait pris une consistance normale.

On peut féliciter M. Geinitz de ce beau succès opératoire mais s'étonner de la prétention qu'il affiche en ce qui touche la priorité de l'idée et de l'exécution d'une semblable opération.

« Ce cas, dit l'auteur, est, à ma connaissance, le premier où l'on ait conservé le testicule dans l'ablation des kystes dermoïdes du scrotum. »

On en pourrait conclure que M. Geinitz n'était point au courant de la science; mais il nous dit, faisant ainsi montre d'érudition, qu'il a trouvé dans la littérature 11 cas semblables, ce qui est précisement le nombre des faits publiés en 1862.

Il en faut conclure que M. Geinitz ne connaissait ces 11 cas que par ouï-dire et ne les avait pas lus, pas plus que mon mémoire de 1855, où 10 d'entre eux se trouvaient rassemblés. Sans quoi il aurait su qu'il avait été précédé par Velpeau et que plusieurs tentatives opératoires avaient été faites déjà en dehors de la castration.

Certes, je ne blâme pas l'extirpation avec conservation du testicule si la chose est possible, puisque j'ai moi-même autrefois recommandé ce procédé, cependant je ferai remarquer que dans les deux seuls cas où il ait été mis en usage, on a vu survenir des accident fort graves allant jusqu'à la mort inclusivement chez l'opéré de Velpeau. De sorte que la castration serait peut-être en somme la meilleure pratique à suivre.

Quoique ce rapport ait déjà pris des proportions considérables,

je voudrais ajouter quelques réflexions sur la nomenclature, les causes et la pathogénie de l'affection qui nous occupe.

En 1855 je rencontrais déjà sur mon chemin des dénominations très-diverses et des hypothèses non moins nombreuses sur les origines du mal en question.

Après une discussion minutieuse des faits j'étais arrivé à conclure que tous les cas connus jusqu'alors se rapportaient à la monstruosité par inclusion et qu'il fallait en conséquence donner à cette affection le nom d'inclusion scrotale ou testiculaire.

Les faits nouveaux ne m'ont point fait encore changer d'avis; aussi je n'adopterai point les dénominations de *dermoïde cyste, scrotal-dermoïde, oden dermoïde, cysto-firoïde congenital, kystome dermoïde*, que je trouve en tête des dernières observations. M. Lang et Bœckel ont déjà critiqué avec raison le terme de kyste dermoïde comme ne s'appliquant nullement à leurs cas respectifs. M. Geinitz seul conserve à dessein cette expression « parce que, dit-il, le développement n'a eu lieu qu'après la naissance, ce qui parle contre l'hypotèse d'une inclusion. » A quoi je répondrai qu'il faut avoir oublié tout à fait l'histoire de l'inclusion pour s'imaginer que les tumeurs qui en dérivent sont nécessairement évidentes au moment où l'enfant vient au monde, et connaître mal l'origine des kystes dermoïdes pour croire qu'ils peuvent se développer de toutes pièces dans les premières années de l'enfance. Les arguments de M. Geinitz peuvent donc être considérés comme non avenus. Le seul néologisme qui me paraît acceptable est celui que je trouve dans le livre de M. Kocher. Il désigne sous le nom très-euphonique et très-clair de *tératome* du testicule les kystes dermoïdes et les tumeurs fœtales.

Ce terme a l'avantage de ne point trancher la question d'origine, encore si obscure, et je suis disposé par conséquent à l'adopter provisoirement.

M. Kocher distingue ensuite les tératomes suivant le degré de complication anatomo-pathologique en trois catégories : le dermoidokystme, le tératome à kystes multiples, où l'on rencontre la peau et ses dépendances, le tissu conjonctif avec les cartilages hyalins ou des os véritables.

Un troisième genre de tératome dans lequel on trouve, outre les kystes précédents, des tissus très-variés : muscles lisses, substance grise nerveuse, et des organes plus ou moins bien formés, dents, os longs et plats, os de la face avec orbites, vésicules oculaires, etc.

Ces variétés pourraient se réduire à deux, le *tératome simple* qui ne renferme que les éléments anatomiques d'un seul système ; — le *tératome compliqué*, dans lequel au contraire plusieurs systèmes sont représentés.

Ce n'est pas la première fois du reste qu'on répartit en deux groupes les tumeurs en question : Ollivier le voulait déjà, puis Lebert, puis Littré et Robin dans la 10e édition du *Dict. de Nysten*

Au point de vue anatomo-pathologique la chose n'a pas d'inconvénient, mais il ne faudrait en inférer que les faits, différents quant à la composition histologique ou organique, le sont aussi par leur nature et leur origine. Je vois bien, depuis la pièce si simple de la collection de Griessen jusqu'aux cas de Velpeau, d'André, etc., une série se compliquant d'une manière progressive, mais je cherche en vain en quel point on pourrait faire une coupure bien nette, réservant pour l'un des segments la théorie de l'inclusion et pour l'autre l'hypothèse d'une néoformation complète.

En un mot, depuis 1855 je ne trouve pas que le problème de l'origine aît fait le moindre progrès. A cette époque nous avions déjà la théorie de Pigné, celle de Lebert, sur l'hétérotopie plastique, que je combattais vivement ; aujourd'hui j'en rencontre une autre qui n'est point entièrement neuve, et qui d'ailleurs n'explique pas mieux que les autres la totalité des faits. Je veux parler de la théorie de Waldeyer que M. Lang admire fort, mais qu'il n'accepte toutefois qu'avec des réserves prudentes. S'il faut vous exprimer mon sentiment sur les diverses hypothèses, anciennes ou récentes, destinées à expliquer la monstruosité par inclusion et la formation de kystes dermoïdes, et la fréquence des tératomes dans l'ovaire ou dans le testicule, je vous dirai tout nettement qu'aucune ne me satisfait. En conséquence, au lieu de vous entretenir de l'hétérotopie plastique, de la puissance prolifique particulière du testicule, de l'hermaphrodisme de deux glandes séminales mâle et femelle à une certaine période du développement, des propriétés de l'épithélium germinatif, de la fécondation de deux germes dans un seul ovule, ou de la parthénogénèse, je préfère vous dire que rien encore n'est décidé, et vous engager à attendre qu'une nouvelle lumière ait éclairé ce coin obscur de la science.

J'ai l'honneur de vous proposer les conclusions suivantes :

1° Adresser des remerciements a M. Jules Bœckel ;

2° Insérer son observation dans nos bulletins ;

3° Inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Le secrétaire,
HORTELOUP.

Paris. — Imp. Paul Dupont, 41, rue Jean-Jacques-Rousseau. (354, 78.) *Le Gerant,* MASSON

Séance du 1er mai 1878.

Présidence de M. F. GUYON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine ;

2° La *Revue médicale de Toulouse*, le *Bordeaux médical*, le *Lyon médical;*

3° Le *British medical journal*, la *Gazette médicale italienne-lombarde*, la *Gazette de santé militaire de Madrid;*

4° Une lettre du Dr Brémond adressant à la Société son journal bi-mensuel, la *Nouvelle médecine balnéaire;*

5° Une lettre de M. le Dr Wasseigt, demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. le président annonce que, dans le comité secret tenu le 24 avril 1878, la Société de chirurgie, pensant que l'Exposition attirera beaucoup de chirurgiens français et étrangers, a décidé que les séances ne cesseraient pas pendant la période des vacances.

M. le président propose, en signe de réjouissance pour la grande fête nationale que la France célèbre aujourd'hui, de ne pas tenir séance.

Cette proposition étant adoptée à l'unanimité, M. le président lève la séance.

Le Secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 8 mai 1878,

Présidence de M. TARNIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de Paris, la France et l'étranger;

2° Une brochure intitulée : *Rapport sur l'usurpation des titres médicaux*, par le Dr Ad. Piéchaud ;

3° Un travail intitulé : *Kyste dentaire* (*tumeur à myéloplaxes*) avec photographies, par le Dr Herbet, d'Amiens (rapporteur, M. Magitot);

4° Une observation (avec photographie) de cancroïde de la face, de M. le Dr Herbet, d'Amiens. Cette observation est présentée par M. Verneuil qui fait remarquer que cette affection est un exemple de cancroïde ayant pour point de départ les glandes sudoripares, seule espèce de cancroïde pouvant expliquer la durée et l'indolence de la maladie ;

5° Une observation adressée par M. le Dr Poinsot, de Bordeaux, membre correspondant, intitulée :

Hématocèle du scrotum. — Castration. — Pansement antiseptique. — Absence de suppuration. — Guérison.

Au moment où la question du pansement des plaies est à l'ordre du jour, alors que les différents procédés sont soumis à l'examen d'une critique minutieuse, la publication de l'observation suivante, paraîtra, je l'espère, offrir quelque opportunité. Elle peut être rapprochée des faits présentés à l'Académie des sciences par M. Sédillot au nom de M. Jules Bœckel, et témoigner, comme eux, des importants résultats qu'il faut attendre du pansement antiseptique de Lister.

D..., cordonnier, âgé de 32 ans, d'une constitution athlétique, s'aperçut, dans le courant de janvier, que son testicule droit n'avait plus son volume habituel. Il y avait comme une petite nodosité surajoutée à l'organe. Sans se préoccuper d'avantage de cet état, D... se contenta de prendre un suspensoir, mais bientôt la tumeur devint très-douloureuse, elle s'accrut lentement, et le malade, effrayé alors, se mit entre les mains d'un médecin qui lui avait été recommandé. Le traitement consista d'abord en des compresses résolutives, puis dans l'emploi des préparations iodées intus et extrà.

Aucune amélioration ne se produisant après que le traitement eut été suivi pendant un mois, D... se découragea, resta quelques jours sans rien faire ; puis, soupçonnant qu'une opération pouvait devenir nécessaire, il réclama mes soins.

Voici dans quel état je trouvai le malade à la date du 4 mars :

Le testicule droit a le volume d'un gros œuf de canard ; sa forme rend la comparaison très-exacte. La tumeur est uniformément rénitente, dure, dans toute son étendue ; en avant, semble exister une fluctuation obscure. La pression est douloureuse. Le cordon est sain, ainsi que la peau sillonnée par quelques vaisseaux veineux anormalement développés. Le testicule gauche est sain, un peu remonté vers l'anneau.

La santé générale est excellente : le pouls et la température sont normaux. Le malade accuse dans la tumeur des douleurs lancinantes qui s'irradient dans le cordon et le privent quelquefois de repos. Interrogé sur ses antécédents, il affirme n'avoir eu *aucune* affection vénérienne; il n'a point reçu de coup sur le testicule et sa profession ne l'oblige à aucun effort violent. Il ne peut, en un mot, fournir aucun renseignement sur la cause et le moment réel du début de son affection.

J'hésitai un instant entre une hématocèle et une tumeur solide; mais l'absence de tout traumatisme antérieur, la manière purement fortuite dont la tumeur avait été reconnue par le malade, le mode de développement de cette tumeur me firent pencher vers la seconde hypothèse.

Désireux cependant d'éclaircir mes doutes, j'appelai en consultation M. le professeur Oré qui se prononça, lui aussi, pour l'idée d'une production solide, que la rapidité de sa marche devait faire considérer comme maligne. En présence de ce distingué confrère, je pratiquai une ponction exploratrice de la tumeur. Elle demeura sans résultat : aucun liquide ne sortit par le trocart. La pointe de l'instrument pouvait être promenée dans l'intérieur de la masse morbide, mais elle donnait la sensation de la déchirure d'un tissu mollasse. Dès lors le diagnostic nous parut assuré : la castration fut décidée et proposée au malade.

Celui-ci demanda à réfléchir, et je demeurai sans le voir jusqu'au 14 mars.

Dans cet intervalle, sur les conseils d'un pharmacien, D... s'était appliqué sur la partie antérieure de la tumeur un caustique à la poudre de Vienne. Cette application avait été fort douloureuse et avait de plus, été suivie d'un redoublement des douleurs primitives qui étaient devenues presque intolérables. En même temps le cordon s'était pris : il était devenu volumineux et formait une tumeur prolongeant la première, avec laquelle elle se confondait en bas, et s'étendant en haut dans l'abdomen.

En présence de cette complication, l'opération, que réclamait le malade, me parut devoir être différée. Bien que très-peu rassuré sur la nature véritable de la tuméfaction du cordon, comme l'inflammation devait y prendre une certaine part, même dans le cas où il y aurait eu envahissement de l'organe par le néoplasme, je prescrivis une application de sangsues qui eut pour résultat de calmer notablement les douleurs et même d'amener une certaine diminution dans le volume du cordon. Cette diminution se prononça les jours suivants sous l'influence des onctions mercurielles, et le 26 mars je crus pouvoir entreprendre la castration.

L'opération eut lieu sous le *nuage phéniqué*. Les instruments, les éponges avaient séjourné pendant 24 heures dans une solution phéniquée (faite 50 sur 1,000).

Je pratiquai sur la partie antérieure de la tumeur une incision elliptique, destinée à enlever la portion de peau qui avait été cautérisée. La tumeur s'énucléa facilement avec le seul secours des doigts. Après

avoir divisé la gaîne du cordon, je le séparai en deux moitiés que je liai séparément avec le catgut. Je liai de la même manière quatre petits vaisseaux pour lesquels la torsion n'avait pas suffi. L'hémostase terminée, je lavai soigneusement les surfaces, mais avec une solution phéniquée faible (25 sur 1,000).

Une mèche de crin de cheval fut placée au fond de la plaie. Trois points de suture enchevillée, avec fil d'argent, réunirent les parties profondes. La peau fut réunie par douze points de suture superficielle, pour laquelle j'employai encore le crin.

Comme pansement, j'appliquai directement sur la plaie un morceau de soie huilée, comme *protective;* par-dessus, je mis une couche de *boracic lint*, préparé suivant les indications données par M. Lucas-Championnière dans son excellent résumé de la chirurgie antiseptique. Le tout fut recouvert de charpie ordinaire trempée dans la solution faible. Un taffetas gommé, passé au préalable dans la même solution, dut empêcher l'évaporation. Le pansement fut maintenu par un spica.

L'opération achevée, je m'empressai d'examiner la tumeur. Ainsi isolée, elle donnait absolument la sensation d'un encéphaloïde ramolli. Mais, en l'incisant, je m'aperçus bien vite que notre diagnostic avait été erroné. La tumeur offrait en effet une vaste cavité remplie de caillots résistants et dont les parois, d'une résistance cartilagineuse et d'une grande épaisseur, étaient formées évidemment par la vaginale dégénérée. La face interne de cette dernière était çà et là couverte de fausses membranes récentes et molles; dans quelques points de la masse des caillots se montraient de très-petits foyers de suppuration. Le testicule était absolument ramolli et tout à fait semblable à une bouillie sanguinolente. Le gonflement du cordon était simplement inflammatoire. Il s'agissait donc, non point d'un cancer à marche rapide, mais bien d'une hématocèle commençant à s'enflammer.

Les suites de l'opération furent des plus simples.

Dans la journée, le malade éprouva quelques nausées qu'expliquait l'action du chloroforme. Il n'accuse aucune douleur; le pouls demeure à 80; température 37° 2.

La nuit fut également calme.

27 *mars.* — Aucune douleur. Température, matin, 37°,1; soir, 37°,3. Pouls à 70°.

28 *mars.* — Pansement. Il s'est écoulé une certaine quantité de sang, mais, contrairement à ce que j'ai toujours vu dans les cas analogues, le pansement n'a pas la moindre odeur désagréable : à peine existe-t-il une faible odeur de graisse rance.

Je coupe les sutures profondes, mais sans enlever les fils.

Le pansement est refait dans les mêmes conditions. Le nuage phéniqué a été continué pendant toute l'opération. Température, matin, 37°,2; soir, 37°,1. Pouls à 74°.

29 *mars.* — L'état du malade est excellent. Il mange avec appétit et déclare ne pas éprouver le moindre malaise.

Pouls et température normaux.

30 *mars.* — Pansement. Les pièces en rapport avec la plaie sont

intactes : il n'y a pas de traces de suppuration. La réunion paraît obtenue dans toute l'étendue de la plaie, sauf sur le trajet de la mèche servant de drain. La moitié supérieure de l'incision cutanée n'est plus représentée que par une ligne bleuâtre. J'enlève les points de suture, tant superficielle que profonde. Je diminue de moitié le volume de la mèche de crin. Température, soir, 37°, 3.

Le 1er avril, c'est-à-dire au 6e jour, j'enlevai le reste du drain, la suppuration étant entièrement nulle.

Une indisposition légère m'empêcha de revoir mon opéré avant le 6 avril. A ce moment la cicatrisation est complète et de l'aspect le plus satisfaisant.

Bien que je n'aie pas reproduit, dans mon pansement, toutes les particularités de celui de Lister et que j'en aie négligé les détails par trop spéciaux, je crois cependant en avoir observé les règles principales, et le fait précédent me paraît devoir, à juste titre, être mis à l'actif de la méthode du professeur de King's College.

Il est un point sur lequel j'appellerai l'attention, en passant : c'est l'emploi de la mèche de crin de cheval en guise de drain. Le crin a ici l'avantage de permettre, grâce à la capillarité, un écoulement très-facile des liquides, en même temps qu'il donne au chirurgien la facilité de diminuer, à volonté, le volume du drain, sans l'obliger à un déplacement qui peut ne pas être sans danger et qui, à coup sûr, est toujours pénible pour le malade.

Je termine en me défendant d'un reproche qui m'a été adressé par M. Desprès au sujet de ma dernière communication. « Au point de vue du procédé opératoire, a dit M. Desprès, je ne puis accepter la ligature en masse du cordon, que conseille M. Poinsot. La ligature en masse a été suivie dans un cas de tétanos. » Je sais bien que le même reproche a été formulé par Curling, mais sans avancer aucun fait à l'appui. En revanche, sur cent cas analysés par Velpeau, le tétanos ne s'est pas montré une seule fois, bien que la ligature en masse eût été pratiquée [1]. M. Bouisson n'a jamais eu à noter cet accident dans la pratique de Delpech, de Lallemand et de Serre, et sa propre expérience ne lui a jamais fourni l'occasion de l'observer [2]. MM. Sédillot et Legouest [3], dans leur traité de médecine opératoire, ne croient pas au danger d'accidents nerveux dus à l'étranglement du canal et des filets nerveux par la ligature en masse. Cette dernière compte encore parmi ses partisans Giraldès et M. Tillaux [4]. D'ailleurs le tétanos n'a pas été observé à la suite de la castration qu'avec le procédé incriminé, et, sans vouloir entrer trop avant dans la question, je citerai le fait de M. Couronné, de Rouen, où l'on avait pratiqué la ligature isolée des vaisseaux du cordon et qui cependant se termina par le tétanos.

[1] *Dictionnaire Encyclopédique*, 1re série, t. XIII, art. CASTRATION, p. 46.

[2] *Ibidem*.

[3] Sédillot et Legouest, *Traité de médecine opératoire*, 4e édition, t. II, p. 522.

[4] Tillaux, *Traité d'anatomie topographique*, p. 921.

Comme l'a parfaitement dit M. Tillaux, le grand inconvénient de la ligature en masse est de demeurer très-longtemps en place avant de tomber. Cet inconvénient disparaît avec le catgut, et la ligature en masse se trouve ainsi absoute du plus grave reproche qui ait pu lui être adressé.

Discussion.

M. Desprès. Je crois que M. Poinsot eût pu éviter son erreur de diagnostic, s'il avait cherché le point où était placé le testicule. Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur du testicule de date récente, et c'est le cas de M. Poinsot, on peut toujours reconnaître le testicule. C'est là le point le plus important pour porter un diagnostic d'une tumeur des bourses, et si cette recherche avait été faite, je ne doute pas que M. Poinsot ne fût arrivé à reconnaître l'hématocèle. J'ai, dans mon service, un cas analogue à celui dont nous venons d'entendre la lecture, la résistance de la tumeur avait fait porter, par plusieurs chirurgiens, le diagnostic de sarcome, mais, en se basant sur ce mode d'examen, je suis parvenu à poser le diagnostic d'hématocèle.

Quant au développement du tétanos, survenant à la suite de la ligature en masse du cordon, je ne crois pas possible de ne pas l'admettre, car nous connaissons tous le fait de tétanos survenu, dans le service de M. Nicaise, à la suite d'une ligature en masse du cordon.

Si je m'élève contre cette manière de faire, c'est que je ne vois pas pour quelles raisons on ferait pour le testicule ce qu'on n'oserait faire dans une autre région; ainsi je crois qu'aucun chirurgien ne ferait, dans une amputation, la ligature en masse du paquet vasculo-nerveux. Je ne connais pas le fait de M. Couronné, de Rouen, mais il serait nécessaire, pour le juger, d'en connaître les détails, car il peut se faire qu'un filet nerveux ait été compris dans la ligature.

M. Verneuil. Je crois que si M. Poinsot veut faire quelques recherches bibliographiques, il trouvera facilement un grand nombre de cas de tétanos à la suite de la ligature en masse. J'en ai observé un cas chez un de mes opérés, j'en connais un autre cas de Paletta qui inventa, pour éviter semblable accident, un procédé de forcipressure.

Pour que la ligature en masse ait été abandonnée par beaucoup de chirurgiens, il faut admettre qu'elle donnait de mauvais résultat. Je considère la ligature en masse comme une mauvaise pratique.

M. Forget. J'ai vu souvent faire la castration par Lisfranc, qui

employait toujours la ligature en masse; il se servait d'un fil de fort calibre et il affirmait qu'il ne pouvait y avoir ni hémorrhagie ni tétanos parce que le fil, fortement serré, détruisait instantanément les tissus compris dans la ligature.

Je n'ai jamais vu de tétanos à la suite de cette ligature en masse, et je n'ai vu qu'un seul cas d'hémorrhagie chez un individu opéré par Michon, qui l'expliqua par une constriction insuffisante.

M. Desprès. M. Chassaignac employait, pour la ligature du cordon, l'écraseur linéaire et je crois bien me rappeler qu'il y a eu un cas de tétanos.

M. Le Dentu. J'ai fait, plusieurs fois, la castration sans avoir jamais employé la ligature en masse, car je trouve que la ligature de chaque artère séparément est beaucoup plus facile. Rien n'est plus simple que de jeter une ligature sur chaque vaisseau que l'on ouvre, tant que l'on n'a pas coupé le canal déférent.

Je partage entièrement l'opinion qui vient d'être émise sur les inconvénients de la ligature en masse.

M. Tillaux. J'ai fait un assez grand nombre de castrations dans lesquelles j'ai toujours employé la ligature en masse et jamais je n'ai eu de tétanos.

Par ce procédé, je crois que l'on évite un des grands inconvénients de la castration, l'hémorrhagie. Lorsqu'on ne fait pas la ligature des trois artères du cordon, on doit redouter cet accident.

Ces artères de très-petit volume se rétractent, ne donnent pas de sang de suite, et ce n'est que quelques heures plus tard que survient l'hémorrhagie, dont on devient difficilement maître, ainsi que j'ai pu le constater dans un cas, parce que le cordon, remontant dans le canal inguinal, rend les recherches très-difficiles.

Quant à attribuer le tétanos à la ligature en masse du cordon, il faudrait commencer par prouver que la ligature d'un nerf peut occasionner le tétanos, or, ce fait est très-douteux pour moi. Il n'est pas rare que, dans une ligature d'artère, le fil constricteur ne saisisse un petit filet nerveux, sans que, pour cela, il survienne du tétanos; je viens de faire, dans une désarticulation de l'épaule, la ligature en masse du plexus brachial sans avoir eu le moindre accident.

Il y a là une loi de pathologie générale qui ne me paraît pas prouvée, et je ne sais pas si la ligature d'un nerf peut donner naissance à du tétanos plus que la ligature d'un muscle. Je ne la conteste pas, mais j'affirme que, pour moi, je n'ai pas encore rencontré de faits qui me la prouvent.

Je ne fais pas ce que l'on appelle la ligature en masse, parce que je lui reproche de ne permettre la chute du fil que beaucoup trop tard. J'ai présenté, il y a quelques années, un homme auquel j'avais pratiqué l'ablation d'un testicule avec la ligature en masse ; le fil était encore dans la plaie au bout de six semaines, et je fus obligé d'aller sectionner l'anse pour pouvoir l'enlever.

Pour éviter semblable inconvénient, je dissocie le cordon et, après avoir disséqué la tumeur, je fais trois ou quatre ligatures suivant le volume du cordon. C'est une ligature en masse partielle. Jamais je n'ai eu d'accidents, et du 8e au 12e jour les fils tombent. J'évite ainsi la chute tardive de la ligature et je suis à l'abri des hémorrhagies consécutives.

M. Sée. J'ai fait plusieurs castrations avec la ligature en masse sans avoir jamais eu d'accidents ; et j'ai cependant abandonné ce procédé, d'abord à cause du temps trop long pour la chute de la ligature, ensuite parce que je crois qu'il expose à des hémorrhagies. Lorsqu'on a affaire à de gros cordons, la compression n'est plus suffisante après quelques heures et il peut survenir des hémorrhagies.

J'ai substitué à la ligature en masse le procédé suivant : lorsque j'ai disséqué le cordon, j'incise la tunique fibreuse et j'étale tous les éléments du cordon au milieu desquels on distingue très-facilement les artères que je lie les unes après les autres avant de les sectionner.

M. Verneuil. La ligature en masse a, certainement, le grand inconvénient d'exiger un temps très-long pour s'éliminer, mais elle a, aussi, celui d'occasionner des funiculites, qui deviennent d'un volume énorme.

Je n'ai jamais éprouvé de difficultés à lier les artères séparément, il suffit de les saisir, dès qu'elles sont ouvertes, avec des pinces hémostatiques puis, lorsqu'on a enlevé la tumeur, on les remplace par des fils à ligature. C'est dans ces cas que le catgut a vraiment une supériorité incontestable, car on n'a plus besoin de s'en préoccuper.

Il faut, pour être à l'abri de toute hémorrhagie, lier, non-seulement les artères, mais encore les veines ; Paletta le recommande sans donner d'explication, quoique la raison soit bien naturelle, puisque ces veines n'ont pas de valvules.

M. Tillaux nous a dit qu'il croyait avec la ligature en masse être à l'abri des hémorrhagies secondaires, mais il ne faut pas confondre les hémorrhagies secondaires précoces, qui sont dues à des artères oubliées ou à de petites artérioles rétractées, avec les véri-

tables hémorrhagies secondaires, car il n'y a pas de procédés qui les préviennent moins que la ligature en masse.

M. Després. Pour ne pas redouter les hémorrhagies secondaires, il faut faire au moins quatre ligatures, car, outre les artères du cordon, on ouvre toujours une artère du dartos que la ligature en masse ne peut pas saisir.

Je crois qu'il est préférable de lier de suite les artères sans avoir recours aux pinces hémostatiques.

A la suite de la ligature en masse, il y a eu des hémorrhagies secondaires (cas de M. Michon), mais, en outre, il est survenu des cas d'infection purulente.

M. Lucas-Championnière. Je n'ai pas eu d'accidents après la ligature en masse, dans un cas de castration que j'ai pratiquée, mais je dois remarquer que j'ai employé le catgut, et il n'y a pas eu à se préoccuper de l'élimination ; de plus il ne peut pas y avoir d'inflammation, on n'a donc pas à redouter la funiculite, comme le pense M. Verneuil.

En employant un catgut d'un gros volume, on pourra toujours exercer une constriction suffisante sans la crainte de le voir se rompre. Il y a donc là un élément de succès que je crois nécessaire de faire ressortir.

M. Tillaux. La ligature en masse du cordon ne met peut-être pas à l'abri d'une hémorrhagie produite par l'affaissement du cordon, mais, avec la ligature en masse partielle, l'hémorrhagie n'est plus à craindre.

M. Le Dentu. Je crois qu'il faut aussi rappeler comme la ligature en masse est douloureuse ; sa douleur persiste quelquefois pendant 24 heures, jamais on ne l'observe dans la ligature partielle.

M. Terrier. Lorsque j'étais interne de Jarjavay, j'ai vu faire deux castrations dans lesquelles on avait lié méthodiquement chaque artère ; les deux fois, il y eut des hémorrhagies consécutives.

Dans le service de M. Chassaignac, j'ai vu faire la castration avec l'écraseur linéaire sans avoir jamais vu survenir ni hémorrhagies secondaires ni tétanos.

J'ai fait une fois la castration, en employant pour lier le cordon, la méthode que nous suivons pour lier les pédicules des kystes de l'ovaire, j'ai obtenu un excellent résultat.

Si l'on recherche ce qui se passe chez les animaux à la suite de la castration, on voit qu'il est impossible d'incriminer la ligature en masse.

Chez le cheval, les cas de tétanos sont fréquents à la suite de la castration, mais, en relevant tous les faits, on voit qu'il est impossible d'attribuer cet accident plus à un procédé opératoire qu'à un autre.

Communications.

M. Jude Hüe, de Rouen, lit un travail intitulé : *Nouveau procédé d'opération du phimosis.* (Renvoyé à une commission composée de MM. Tillaux, Polaillon et Horteloup.)

Présentation de pièce.

M. Marc Sée présente une pièce intitulée :

Atrophie ancienne du membre supérieur droit. — Développement relatif moindre de la circonvolution pariétale ascendante gauche.

Un sujet de 55 à 60 ans, apporté à l'École pratique, avait le membre supérieur droit atrophié, par suite d'une paralysie remontant probablement à l'enfance. Je profitai de l'occasion pour examiner son cerveau, et je constatai une différence très-notable entre les circonvolutions pariétales ascendantes des deux côtés. L'inégalité est marquée surtout à la partie supérieure de ces circonvolutions.

A droite, la pariétale ascendante présente, à 2 centimètres environ du bord supérieur de l'hémisphère, un gros lobule triangulaire, à sommet postérieur, dont la base, répondant à la scissure de Rolando, mesure 3 centimètres, et dont la hauteur est de 2,5 centimètres. Une dépression profonde en forme de λ divise ce lobule en circonvolutions secondaires; une autre dépression de même forme, mais plus superficielle, existe en dehors et un peu en avant de la précédente.

En dedans du lobule en question, la circonvolution pariétale ascendante droite a une largeur de près de 8 millimètres, qu'elle conserve jusqu'au voisinage de son extrémité supérieure un peu rétrécie.

A gauche, le lobule triangulaire développé sur la pariétale ascendante droite n'est représenté que par une incurvation en boucle de la circonvolution correspondante. A ce niveau, celle-ci augmente faiblement de volume, puis elle s'amincit graduellement en cône très-allongé jusqu'à son extrémité supérieure, qui mesure à peine 4 millimètres en épaisseur. En outre, cette portion amincie est manifestement au-dessous du plan des circonvolutions qui la limitent en avant et en arrière, tandis qu'à droite la pariétale ascendante les domine de 1 ou 2 millimètres. En dehors de l'incurvation en boucle, la circonvolution pariétale ascendante gauche est encore sensiblement inférieure en largeur à celle de l'hémisphère droit; la différence est de près de 1 millimètre.

Cette inégalité observée dans une région déterminée des deux hémisphères cérébraux, doit-elle être considérée comme liée étroitement à l'atrophie paralytique dont était atteint le sujet observé ?

MM. Bourdon et Luys, qui ont bien voulu examiner le cerveau en question, n'hésitent pas à l'admettre. M. Charcot, au contraire, sans nier absolument qu'il puisse en être ainsi, refuse cependant de se prononcer affirmativement. Il assure, en effet, avoir rencontré sur des cerveaux provenant d'individus qui avaient joui toute leur vie de l'intégrité de leurs membres, des différences aussi prononcées ou même plus considérables que celles que nous observons ici. Il se pourrait donc, d'après M. Charcot, qu'il ne s'agit là que d'un de ces défauts de symétrie qu'il est si fréquent de trouver sur des sujets parfaitement sains.

En présence de cette divergence d'opinions, je me garderai bien de tirer de cette observation aucune conclusion relative à la théorie des localisations des centres moteurs dans l'écorce cérébrale. Je ne puis m'empêcher cependant de faire remarquer que, dans l'hypothèse d'une indépendance absolue entre l'atrophie du membre supérieur droit, et le défaut de développement de l'hémisphère gauche de notre sujet, ce serait un singulier hasard que celui qui a fait trouver une diminution de volume précisément dans le point de l'écorce cérébrale où les recherches physiologiques les plus récentes placent le centre moteur du membre atrophié.

M. Houël. Je voudrais demander à M. Sée s'il a examiné la moelle et le bulbe ; car c'est surtout du côté de ces organes, ainsi que l'a parfaitement démontré M. Charcot, que l'on trouve les lésions survenant à la suite des atrophies des paralysies infantiles.

M. Sée. Je n'ai pas examiné la moelle et le bulbe qui m'ont paru sains.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 15 mai 1878.

Présidence de M. TERNIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de Paris, de la province et de l'étranger ;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, ainsi que le 4e fascicule des *Mémoires* de cette compagnie savante (1878). Cet envoi est accompagné du programme des questions mises au concours;

3° Le 4e fascicule des *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris* (n° du 5 mai 1878);

4° M. Gaujot présente, de la part de l'auteur, M. le Dr A. Yvert, un travail manuscrit intitulé : *De la valeur de la suture comme traitement des plaies pénétrantes de la sclérotique avec issue d'humeur vitrée;*

5° Une lettre de M. de Saint-Germain, secrétaire général, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

A propos du procès-verbal.

M. Prestat, membre correspondant, demande la parole.

J'ai assisté notre collègue Guersant dans une opération de castration où on pratiqua la ligature en masse du cordon. La suture ne fut pas enlevée et elle se rétracta de telle façon qu'on pouvait faire pénétrer un stylet de 6 centimètres. Le fil constricteur ne tomba qu'au bout de 5 mois.

Chez un malade que j'ai opéré, en présence de MM. Marjolin et Larrey, j'ai placé une ligature provisoire, puis, après avoir lié successivement chaque artère, j'ai enlevé la ligature provisoire.

Le malade, opéré il y a 15 ans, est en parfait état de santé. L'observation a été communiquée à la Société et la pièce avait été examinée par M. Paulet.

M. Desormeaux. J'ai toujours, lorsque je pratique la castration, pris soin d'isoler le canal déférent du paquet vasculaire que je lie en masse. Je n'ai jamais eu d'accidents.

Rapports.

M. Lannelongue, au nom d'une commission composée de MM. Sée, Delens, Lannelongue, fait un rapport sur un travail de M. P. Berger, intitulé : *De l'épanchement articulaire du genou consécutif aux fractures du fémur.*

Le nouveau travail de M. P. Berger contient deux cas de fracture de cuisse s'accompagnant d'épanchement dans l'articulation du genou, que l'auteur croit pouvoir expliquer par le mécanisme dont il a déjà entretenu la Société; passage du sang extravasé dans la cuisse à travers la membrane synoviale du genou.

Dans une troisième observation où le squelette de la cuisse n'avait pas été atteint, l'épanchement n'eut pas lieu dans l'articulation, mais, au-dessus de l'articulation, dans la poche séreuse située au-dessous du triceps, et, pour M. Berger, il n'y a pas de doute que cet épanchement, dans la bourse séreuse, ne se soit produit par l'introduction du dehors en dedans du sang épanché.

Je suis loin de partager l'explication donnée par M. Berger, car il serait d'abord nécessaire de prouver l'existence de cette bourse séreuse sous-tricipitale. Quant à admettre la possibilité du passage du sang à travers une séreuse, comme le soutiennent MM. Gosselin et Berger, je ne le crois pas douteux, mais je pense que, dans beaucoup de cas, l'épanchement articulaire peut et doit s'expliquer non par la transsudation du sang, mais bien par une entorse de l'articulation du genou s'accompagnant d'épanchement articulaire. Ce qui me permet d'admettre, pour expliquer l'épanchement, la coïncidence de l'entorse du genou, ce sont les cas fréquents de fracture de jambe avec épanchement dans l'articulation du genou, car il est impossible d'admettre que le sang ait pu remonter de la fracture dans le genou.

Je vous propose les conclusions suivantes :

1° D'adresser des remerciements à M. Berger;

2° De renvoyer son mémoire à la commission chargée d'examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire.

M. Tillaux. Depuis les travaux publiés sur ce sujet, j'ai toujours cherché, chez les individus que j'ai eu à soigner pour des fractures de cuisse, s'accompagnant d'épanchement articulaire, quel était le mécanisme que l'on pouvait invoquer. Dans certains cas, j'ai cru pouvoir admettre l'entorse du genou, dans d'autres, il m'a semblé que la théorie de MM. Gosselin et Berger devait être acceptée, car je ne pense pas que l'on puisse admettre qu'une entorse du genou, suffisante pour amener un épanchement, ne soit pas accompagnée de douleurs.

Il me paraît difficile d'admettre qu'un épanchement sanguin, contenu dans une articulation, puisse traverser la séreuse pour pénétrer dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans les hématocèles du genou, je n'ai jamais eu d'ecchymoses sous-cutanées.

M. Verneuil. Je n'ai pas de théorie pour expliquer l'épanchement articulaire qui accompagne les fractures de cuisse, mais je crois que la théorie soutenue par MM. Gosselin et Berger, n'est pas encore prouvée, car je ne crois pas qu'un épanchement sanguin puisse passer de toute pièce à travers les parois d'une articulation saine. Dans les fractures de jambe, l'épanchement du genou est

constant, et dans un cas d'anévrysme diffus de la cuisse, il n'y avait pas trace de sang dans l'articulation.

Je ne crois pas que le sang épanché dans une cavité séreuse puisse traverser les parois pour devenir sous-cutané; le signe de Valentin, ecchymose lombaire dans les épanchements sanguins de la plèvre, l'ecchymose du triangle de Scarpa, dans les épanchements sanguins de l'abdomen, me paraissent n'avoir d'autre mécanisme qu'une déchirure de la séreuse ayant permis le passage du sang dans le tissu cellulaire sous-cutané.

M. Lannelongue. J'admets parfaitement les objections que soulève la théorie soutenue par MM. Gosselin et Berger, à cause de la difficulté que l'on éprouve à donner des preuves évidentes, mais je crois cependant qu'elle est vraie, parce que j'ai trouvé, dans un épanchement de cette nature, un liquide avec des globules rouges assez abondants pour ne pouvoir l'expliquer que par le passage du sang à travers la séreuse. Dans la thèse de M. Berger, il y a des faits non douteux. Mais je ne crois pas, ainsi que je l'ai déjà dit, que cette théorie puisse toujours être acceptée.

Dans un cas de fracture de cuisse avec épanchement, les douleurs, siégeant à l'articulation du genou, ne permettaient pas de nier l'entorse.

Dans un autre cas, l'épanchement ne survint que du 8e au 12e jour, et avait été produit par l'appareil.

Dans d'autres faits, l'épanchement ne survint que lorsque l'enfant se leva, la fracture étant guérie.

Quant à la migration du sang, soit de dedans en dehors, soit de dehors en dedans, je ne la repousse pas. Dans le travail de M. Poncet, on trouve la preuve de la migration du sang, puisque, après un épanchement de sang dans la cuisse, on a constaté la présence des globules dans les ganglions, et de plus les individus étaient ictériques (ictère hémaphéique de M. Gubler).

Chez un jeune enfant que j'ai observé ce matin, j'ai constaté une fracture de la rotule, datant de 8 jours; les ganglions inguinaux sont engorgés et le foie est peut-être pris; de plus, en examinant les urines, on a trouvé la coloration rosée caractéristique de l'hémaphéine.

Les séreuses sont-elles des barrières infranchissables? Je crois avoir trouvé des cas dans lesquels la migration des globules rouges n'était pas douteuse, aussi je suis d'avis que le sang peut traverser une séreuse.

M. Desprès. Il ne faut pas confondre l'épanchement du tissu cellulaire avec l'épanchement dans les séreuses. M. Poncet a montré que, dans les épanchements du tissu cellulaire sous-cutané, la

résorption se faisait par les vaisseaux, mais cela n'est pas la théorie de M. Gosselin qui croit à un phénomène analogue à l'exosmose. Il y a un grand nombre de faits prouvant que l'épanchement du sang dans la plèvre ne s'accompagne pas d'ecchymose lombaire.

M. Lannelongue. Je ne vois pas de raisons pour ne pas admettre que les globules rouges puissent sortir des séreuses, puisqu'une expérience, faite en Allemagne, a prouvé que du lait versé dans la plèvre d'un animal vivant pouvait passer dans le péritoine.

M. Verneuil. Je crois que cette expérience a été considérée comme très-douteuse, et je nie qu'un liquide puisse passer à travers les parois d'une cavité close.

M. Tillaux. Nous ne contestons pas l'absorption, mais nous contestons qu'une séreuse intacte puisse laisser suinter du sang à travers ses parois. Ce n'est pas l'absorption, c'est le passage que nous ne pouvons accepter, et je voudrais des faits prouvant le passage d'un liquide sans lésions des parois.

M. Forget. Je demande si le passage à travers les parois d'une séreuse peut se faire en dehors des conditions d'absorption acceptées généralement.

M. Lannelongue. Je ne crois pas avoir avancé de faits erronés en disant que le lait placé dans la plèvre peut passer dans le péritoine.

(Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.)

M. Guéniot lit un rapport sur une note de M. Zuède, intitulée : *Cas de version pratiquée dans un utérus tétanisé.*

Dans la séance du 26 décembre dernier, la Société de chirurgie a reçu de M. le Dr Zuède, de Grandvilliers, communication d'un fait d'obstétricie opératoire, dont je commencerai par vous donner intégralement la teneur.

« Le 23 avril 1877, dit notre confrère, je fus appelé en consultation pour terminer un accouchement qui durait depuis plus de 24 heures. La parturiente avait eu déjà quatre accouchements antérieurs, qui s'étaient terminés naturellement. Cette fois, au contraire, le travail se prolonge démesurément, la poche des eaux est rompue et l'utérus fortement rétracté sur le produit ; je trouve, par le toucher, l'orifice externe à peine entr'ouvert et l'orifice interne étroitement resserré. Il s'agit d'une grossesse à terme. L'enfant se présente par le crâne, dont on reconnaît la présence au niveau du détroit supérieur. L'état général de la femme est mauvais ; il existe une grande prostration. Enfin,

j'apprends que, pour activer le travail, une quantité assez considérable de seigle ergoté a été administrée.

« Dans ces conditions, je me décide à intervenir immédiatement. Ne pouvant, à cause de l'étroitesse du col, introduire aucun instrument, je résolus de pratiquer la version, sans me dissimuler les dangers ni les difficultés d'une pareille manœuvre. Ma tentative fut heureusement couronnée de succès, je parvins à extraire un enfant mort, il est vrai, mais du moins, la femme était sauvée. »

A la suite de cette relation, beaucoup trop sommaire, l'auteur ajoute quelques remarques. Qu'il me suffise de reproduire la dernière, la seule sur laquelle je désire fixer un instant votre attention.

« Le fait qui précède, dit notre confrère, me paraît surtout intéressant au point de vue de l'intervention opératoire. Conformément à l'opinion émise par M. Guéniot qui ne regarde pas comme impossible la version pelvienne dans les cas de tétanos utérin, j'ai pratiqué cette opération, avec difficulté sans doute, mais aussi avec succès. »

Puisque, pour régler son intervention, M. Zuède s'est inspiré d'une opinion que j'ai, en effet, récemment exprimée devant vous [1], je crois nécessaire de revenir sur cette dernière afin d'en bien préciser la portée.

En déclarant la version toujours *possible*, même dans les cas de rétraction violente de l'utérus, je n'ai nullement prétendu qu'il fût habituellement bon de la pratiquer. Tout au contraire, dans les cas de présentation du tronc avec enfant mort, la dérotomie ou l'éviscération me semble le plus souvent bien préférable ; de la sorte, on élude en grande partie les difficultés qu'engendre le tétanos utérin. Mais lorsque, par suite de circonstances exceptionnelles, ces opérations se montrent impraticables ou sont jugées plus dangereuses que la version elle-même, il va de soi que c'est à celle-ci qu'il convient de recourir; et, je le répète, si l'on se conforme aux règles que j'en ai données ailleurs [2], la manœuvre de la version sera toujours rigoureusement possible.

Cette manière de voir, il est aisé de le reconnaître, diffère sensiblement de la pratique suivie par M. Zuède. Dans les observations que j'ai faites ici, je n'avais en vue que les cas où l'enfant se présente par le tronc, tandis que dans l'exemple relaté par notre confrère il s'agissait d'une présentation du crâne. De plus, jamais je n'ai voulu dire que la version dût être tentée avant toute dilatation

[1] Voir *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurg.*, 1877, *p.* 583.

[2] Guéniot, *Nouv. procédé de version, applicable aux cas difficiles, ou procédé ano-pelvien.* (*Arch. de Tocologie*, 1877, p. 651.)

de l'orifice utérin ; or, cette opération fut exécutée par M. Zuède alors que « l'orifice externe était à peine entr'ouvert et que l'orifice interne restait étroitement resserré, » c'est-à-dire, en d'autres termes, avant même que le col fût complétement effacé. En telles conditions, j'avoue que, loin de recommander l'emploi de la version, je m'appliquerais plutôt à le proscrire ; car, il s'agit ici de l'*accouchement forcé,* dont les effets généralement désastreux ne sont plus chose à démontrer.

Je conviens, toutefois, qu'il est certains *cas de nécessité* où l'opérateur se trouve en quelque sorte contraint d'agir, sans pouvoir disposer du choix de la méthode. Alors, *nécessité fait loi.* C'est une nécessité de cet ordre, je me plais à le croire, qui s'est imposée à notre confrère; et l'issue de l'opération, toute favorable pour la mère, mérite certainement d'être notée. Mais il est à regretter qu'une rédaction par trop laconique et l'absence de très-importants détails ne nous permettent pas de tirer meilleur profit de ce succès relatif.

Je n'insisterai pas sur l'abus qui fut fait de l'ergot de seigle ; car cet abus est devenu tellement vulgaire, que l'on peut avec vérité en pressentir l'existence dans presque tous les accouchements laborieux qui sont mal dirigés. Grâce à la facilité de son emploi, cette substance est, en fait, plus pernicieuse que bienfaisante ; et il en sera ainsi, tant que les sages-femmes ignorantes auront pleine liberté de la prescrire.

M. Zuède nous a encore adressé, à la date du 6 mars dernier, une autre note « *sur deux cas de polypes du col de la matrice.* » Mais ce dernier travail, tout en nous montrant le succès chirurgical de l'auteur, ne renferme aucune particularité qui puisse ajouter aux notions actuellement acquises sur la matière. Je croix devoir conséquemment me borner à cette simple mention ; et, comme conclusion de ce rapport, je vous proposerai :

1° D'adresser à M. le Dr Zuède des remerciements pour ses communications ;

2° De déposer les deux *notes* de l'auteur dans les archives de notre Société.

Discussion.

M. Tarnier. Je désire défendre le rapport que j'ai fait à l'Académie ; j'ai dit que le seigle ergoté était un excellent médicament qu'il fallait savoir manier.

Si on doit le défendre aux sages-femmes, il n'y a pas de raison pour ne pas le défendre aussi aux médecins. Je crois que le meilleur moyen pour conserver les avantages de cet excellent médicament, c'est de bien définir les cas où il faut l'employer.

M. Guéniot. L'Académie était consultée pour savoir si oui ou non il fallait conserver aux sages-femmes le droit d'administrer le seigle ; je crois qu'il aurait fallu spécifier que la sage-femme ne pourrait donner le seigle que lorsque l'enfant et le placenta n'étaient plus dans l'utérus. De cette façon, on aurait empêché l'administration du seigle pendant la période de l'accouchement et empêché ainsi de nombreux accidents.

M. Tarnier. Nous ne pouvons pas retirer l'emploi d'un médicament qui, bien administré, peut sauver la vie d'une femme. Au lieu de faire des lois de proscription, il faut instruire les médecins et cela sera plus profitable. Il faut répéter souvent et bien haut que l'administration du seigle pendant le travail augmente le nombre des enfants mort nés, et que son emploi, entre la sortie des enfants et celle du placenta, rend la délivrance difficile.

M. Guéniot. Je crois qu'il faut poser en principe que l'on ne doit administrer le seigle que lorsqu'il n'y a plus rien dans l'utérus.

M. Tarnier. Rien de solide dans l'utérus, comme le dit M. Pajot, car lorsqu'il y a des caillots, l'emploi du seigle ne peut qu'être utile.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Présentation de pièces.

M. Polaillon présente un amputé du bras qui a construit pour son usage un bras artificiel très-remarquable. Cet homme, amputé du bras en 1857, après la campagne de Kabylie, a été nommé facteur aux lettres. Il a construit, lui-même, un bras, qu'il nomme bras en acier, et qui lui permet de remplir toutes les fonctions que nécessite son métier. Il peut écrire, maintenir son papier, suivre le parcours de la plume, maintenir un registre, un paquet de lettres. Dans le mécanisme de ce bras d'acier, les mouvements ne sont pas donnés par le moignon, mais par l'omoplate, car le bras est maintenu par un crochet qui passe sous l'aisselle. Cet appareil est d'une grande légèreté et d'un prix peu élevé.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le secrétaire,
Horteloup.

Séance du 22 mai 1878.

Présidence de M. TARNIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de Paris, de la province et de l'étranger ;

2° Une brochure adressée par le ministère de l'agriculture et du commerce, brochure relative à la *commission des Congrès et Conférences*, pour la durée de l'Exposition universelle de Paris ;

3° Un fascicule du *Traité de chirurgie et de médecine opératoire*, par le Dr Edouard Albert, de Vienne;

4° Le 5e numéro du journal *l'Avenir médical du nord de la France* (publication périodique nouvelle);

5° Le *Catalogue* des livres composant la bibliothèque scientifique de Claude Bernard ;

6° Un mémoire manuscrit, intitulé : *Des lésions des nerfs produites par les fragments dans les fractures,* par M. le Dr Chalot (Commissaires : MM. FORGET, SÉE et TILLAUX);

7° L'observation suivante, adressée par M. le Dr Fleury, de Clermont, membre correspondant, et qui a pour titre :

Rupture d'une sonde dans la vessie sortie par le rectum.

M... est âgé de 78 ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament sec. Ce malade est doué d'une volonté et d'une énergie à toute épreuve.

En 1863, il a subi l'opération de la lithotritie qui lui a été pratiquée par M. Civiale. Depuis cette époque il n'a pu uriner sans le secours d'une sonde, la vessie était restée le siége d'un léger catarrhe.

L'instrument dont il se servait avait un diamètre de 5 millimètres et présentait des rugosités assez nombreuses, qui étaient le résultat des soudures grossières que l'on y avait pratiquées.

Le 23 avril dernier, la sonde fut introduite aussi facilement qu'à l'ordinaire, mais en la retirant le malade s'aperçut qu'il en manquait un morceau et que l'urine s'échappait par la portion qui était restée dans le canal.

Si son médecin eût été appelé immédiatement, peut-être eût-il pu l'extraire en la saisissant avec une pince spéciale, mais au lieu de cela, M... prit une nouvelle sonde et enfonça le fragment de la première dans la vessie.

Lorsqu'au bout de 4 heures, M. le Dr Brun arriva, il put constater qu'il y avait dans le réservoir urinaire un fragment de sonde de 7 centimètres de longueur dont la portion recourbée occupait la partie supérieure de l'organe, tandis que la partie droite était logée dans son bas-fond.

Le fils du malade se rendit immédiatement à Clermont pour avoir mon avis.

Je conseillai l'abstention complète.

J'ai pu, lui dis-je, retirer de la vessie une sonde en caoutchouc que l'on saisit sur un point quelconque de sa longueur, parce qu'elle se double en deux dès qu'elle rencontre de la résistance, mais pour un instrument métallique, la question est bien différente. Ce serait un si grand hasard que l'on pût le pincer par une de ses extrémités qu'il vaut mieux ne pas l'essayer. La cystotomie pourrait seule en débarrasser le malade, mais à 78 ans, on ne la pratiquerait pas impunément.

L'inflammation, provoquée par la présence de ce corps étranger, offrit peu d'intensité. Le cathétérisme fut continué sans trop de difficulté, et, 4 jours après, dans un effort que fit le malade pour aller à la selle, le bout de la sonde s'engagea dans l'anus. Quelques tractions suffirent pour l'amener à l'extérieur.

Depuis ce moment les douleurs ont diminué, aucun suintement d'urine ne s'est fait par le rectum, et le malade a repris ses anciennes habitudes, la vessie peut, comme par le passé, conserver ses urines 5 à 6 heures.

On ne peut assurément, au point de vue thérapeutique, rien conclure de ce fait qui peut être considéré comme exceptionnel. Il faut donc se contenter d'admirer les ressources de la nature et la facilité incroyable avec laquelle nos organes peuvent se débarrasser des corps étrangers.

La conclusion à en tirer, c'est qu'avant de prendre un parti actif, il faut s'en tenir à la chirurgie expectante, comme je l'avais conseillé du reste en raison du grand âge de notre malade.

Discussion.

M. Tillaux. Je suis très-heureusement surpris du résultat qui vient de nous être communiqué; voir une vessie se débarrasser spontanément d'un corps étranger est une chose exceptionnelle, mais je crois aussi qu'il est impossible d'accepter la ligne de conduite que M. Fleury a suivie et semble conseiller de suivre. Dire qu'il faut s'abstenir parce que le blessé a 78 ans, ne me paraît pas être acceptable, car on peut encore vivre longtemps et, en outre, parce que nous opérons encore à cet âge et avec de bons résultats.

M. Fleury a eu du bonheur et l'heureuse terminaison a justifié sa conduite; mais voir une sonde de 5 millimètres de calibre sur 7 centimètres de longueur se frayer un passage à travers la paroi recto-vésicale, sans laisser trace de fistule, c'est chose exception-

nelle et je ne puis voir là qu'un hasard qu'il est impossible d'ériger en principe.

En pareille circonstance j'emploierais les instruments qui ont été proposés pour extraire les corps métalliques de la vessie et, si je ne pouvais pas réussir, je n'hésiterais pas à proposer la taille.

M. Lannelongue. Il est probable que la sonde a dû se placer de telle façon que le bec était appuyé contre la paroi recto-vésicale, et que les contractions ont amené la sortie en la prenant d'arrière en avant.

Je partage complétement la manière de voir de M. Tillaux et je crois qu'il eût fallu essayer d'extraire le corps étranger avec des instruments construits dans ce but. Je n'ai enlevé, qu'une fois, une sonde en gomme de la vessie au moyen d'un brise-pierre, la sonde se plia en deux et il a fallu une grande patience pour y parvenir. Je crois que si les moyens d'extraction par l'urèthre ne réussissent pas, il faut recourir à la taille.

Quant à l'âge du malade que M. Fleury donne comme une contre-indication d'intervention, je ne puis l'accepter, car j'ai fait la lithotritie à un vieillard de 85 ans avec un excellent résultat.

M. Verneuil. La communication de M. Fleury soulève deux questions, une générale et une qui s'adresse à un cas particulier. La question générale est celle-ci : Doit-on, à cause de l'âge, renoncer aux ressources que nous offre la thérapeutique chirurgicale ?

Les opérations chez les vieillards sont toujours graves, car l'état sénile du rein est une des causes les plus fréquentes pour occasionner la néphrite, qui nous enlève une si grande quantité de malades.

Depuis plusieurs années j'ai réuni un grand nombre de faits qui assombrissent beaucoup le pronostic que l'on peut porter chez les opérés atteints d'affection générale ; malgré cela, lorsqu'il y a nécessité, nous les opérons et nous en guérissons. Il en est de même pour la vieillesse, qui n'est certainement pas une plus mauvaise condition, et je suis d'avis qu'en présence d'un cas urgent il faut opérer.

Quant au fait en particulier, il faut convenir qu'une sonde de 7 centimètres restée dans la vessie est un terrible accident devant lequel on n'a pas le droit de rester inactif, il fallait donc l'extraire. N'ayant pas une grande confiance dans les instruments construits dans ce but, je n'aurais pas hésité à proposer la taille.

L'observation de M. Fleury a le grand inconvénient de donner des espérances qui ne peuvent se réaliser.

M. Desprès. Je félicite M. Fleury de ne pas avoir cherché à se

servir des instruments construits dans le but d'enlever les corps solides de la vessie. Je regarde ces instruments comme tout à fait illusoires, et il suffit d'en examiner la construction et le fonctionnement pour être persuadé du peu de chance de succès que l'on peut avoir; de plus, j'affirme qu'il n'y a pas d'exemple de morceaux de sonde métallique enlevés par ces instruments chez l'homme.

Je me souviens de les avoir vu employer à l'Hôtel-Dieu pour chercher à extraire un épi de blé incrusté de sels calcaires; il survint de la cystite qui força à y renoncer. Tous les instruments connus n'auraient pas permis d'enlever la sonde et ils auraient pu donner lieu à des accidents.

Je regrette que notre collègue n'ait pas pratiqué le toucher rectal, car il aurait certainement senti le bec de la sonde déprimant la paroi recto-vésicale, et, en incisant sur ce corps étranger, il aurait pratiqué une taille rectale qui lui aurait permis d'extraire la sonde.

La taille rectale est une bonne opération pour enlever les corps étrangers qui font saillie du côté du rectum et M. Maisonneuve a cherché à réhabiliter cette taille.

Quant à l'âge du malade, je partage complétement l'opinion qui vient d'être émise par plusieurs de nos collègues : il ne pouvait pas être une contre-indication, j'ai opéré d'un cancer de la moitié antérieure de la langue un vieillard de 80 ans, qui a guéri avec une rapidité merveilleuse sans pansement.

M. Houël. Ce fut en 1864 que furent inventés les différents appareils dont on vient de parler, pour un malade du service de M. Nélaton, qui s'était introduit un porte-plume dans la vessie. Après plusieurs essais, M. Nélaton parvint à saisir le porte-plume qui bascula dans la rigole de l'appareil et fut extrait par le canal de l'urèthre.

Si la présence d'un corps étranger dans la vessie occasionne rapidement de graves accidents, il faut se rappeler qu'il existe, dans la science, plusieurs observations prouvant le contraire. Je citerai le fait d'une jeune fille qui s'introduisit, dans la vessie, une aiguille d'ivoire, en forme de cône, et qui resta plusieurs années sans inconvénient.

M. Desprès. J'ai vu en 1860 une jeune fille qui s'était introduit un passe-lacet et il fut impossible à Nélaton de l'enlever avec les appareils divers qui furent employés.

M. Tillaux. Je ne voudrais pas laisser passer sans réponse ce que vient de dire M. Desprès au sujet de la taille rectale.

Je regarde la taille rectale comme une mauvaise opération, car

chez un adulte, on a souvent de la peine à atteindre le bord postérieur de la prostate et à plus forte raison le bas-fond de la vessie où pourrait se sentir le corps étranger; chez un enfant, c'est possible; mais chez un adulte, c'est beaucoup plus difficile.

Quant au manuel opératoire de la taille rectale, il ne s'agit pas de couper le bas-fond de la vessie, mais bien de couper par le rectum le col de la vessie pour pénétrer dans la vessie. Si on coupait là où se trouvent les corps étrangers, on couperait les vésicules séminales et le péritoine. Il n'y a donc pas à songer à imiter par une opération le procédé employé par la nature dans l'observation de M. Fleury.

M. Desprès. Je regarde la taille rectale comme une opération bonne dans certains cas; si les adultes ont une grosse prostate, il est certain qu'on ne pourra arriver jusqu'aux calculs, mais si la prostate est normale, je soutiens qu'on peut sentir les calculs qui donnent la sensation de ballottement.

En abaissant avec un lithotriteur le bas-fond de la vessie, et en introduisant le doigt dans le rectum, on peut explorer toute cette région, et j'ai recours à ce procédé pour saisir les petits fragments dans la lithotritie.

Communications.

M. Marc Sée lit une observation intitulée :

Coup de feu dans l'aisselle. — Hémorrhagie considérable. — Suppression du pouls dans l'artère radiale. — Guérison.

M. X..., jeune homme de 27 ans, fut apporté le 20 avril dans mon service de la maison de santé. La veille au soir, voulant se suicider, il s'était appliqué le canon d'un révolver sur la poitrine. Mais en pressant la gâchette il avait fait dévier l'arme, et la balle avait traversé l'aisselle gauche. Immédiatement il y eut une hémorrhagie très-forte, et le blessé perdit connaissance. La quantité du sang écoulé ne peut être évaluée, mais deux matelas furent traversés de part en part.

Cependant l'hémorrhagie paraît s'être arrêtée spontanément, et quand un médecin, appelé aussitôt, arriva auprès du blessé, il n'eut à faire qu'un léger pansement compressif, et M. Panas, survenu peu de temps après, constata l'absence de tout battement dans l'artère radiale. D'après les renseignements fournis par le malade, le projectile avait 7 millimètres de diamètre.

A son entrée à la maison de santé, X... ne présentait qu'un peu de tuméfaction au niveau de la paroi antérieure de l'aisselle, qui semblait soulevée par du sang épanché dans la cavité axillaire. L'orifice d'entrée de la balle est situé derrière le bord inférieur du grand pec-

toral et au niveau de la partie interne de ce bord; l'orifice de sortie se trouve sur le bord postérieur du deltoïde. Le trajet du projectile a donc été oblique en arrière, en haut et en dehors, en passant très-près de l'humérus, qui ne paraît pas avoir été atteint. Il s'écoule un peu de sérosité sanguinolente par les ouvertures.

Le pouls radial est nul à gauche. Il est normal à droite. Pas de fièvre; quelques douleurs dans le bras gauche et des fourmillements dans la main. Léger engourdissement de tout le membre. Une exploration minutieuse fait constater que la sensibilité est partout intacte.

Traitement. — Charpie imprégnée d'une solution de chloral sur les ouvertures. Légère compression de l'aisselle, immobilité du membre supérieur et repos au lit. Diète légère.

Le premier pansement, en l'absence de tout accident, n'est renouvelé que le 5e jour; on constate alors que les plaies fournissent à peine quelques gouttes de liquide séro-purulent.

29 *avril.* — On commence à sentir quelques très-faibles battements de l'artère radiale. Les plaies se sont fermées sans suppuration. Le gonflement de l'aisselle a considérablement diminué.

5 *mai.* — Le malade se lève. Les pulsations de la radiale sont assez nettes, bien que beaucoup plus faibles que celles du côté droit.

14 *mai.* — Il reste encore un peu de tuméfaction au niveau de la paroi antérieure de l'aisselle. Rien d'anormal dans le creux axillaire, quand on y exerce une certaine pression, le malade se plaint de douleurs dans les doigts. Les battements de la radiale sont toujours aussi faibles. Le membre supérieur gauche est notablement moins volumineux que le droit : la circonférence du bras présente une différence d'un centimètre et demi, celle de l'avant-bras, une différence de plus de 2 centimètres. L'énergie des contractions musculaires est fort affaiblie à gauche. La sensibilité cutanée est partout intacte. Une pression exercée au niveau du pli du coude, ou à la partie moyenne de la face antérieure de l'avant-bras, détermine une vive douleur. Partout ailleurs les pressions ne déterminent aucune sensation anormale.

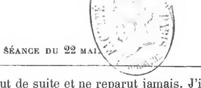
Pour me rendre compte, autant que la chose est possible, du trajet suivi par la balle, j'ai fait passer, sur un cadavre, une tige d'acier dans la direction qui m'était donnée par l'orifice d'entrée et par l'orifice de sortie. J'ai constaté que la tige avait déplacé, en dedans, l'artère axillaire ainsi que le nerf médian et le radial, et, en dehors, le nerf circonflexe.

Discussion.

M. Verneuil. Je crois qu'il est impossible de mettre en doute la plaie de l'artère axillaire, et je me base pour soutenir cette opinion, sur trois faits, dont deux se trouvent dans nos *Bulletins* de 1870 et 1871, et le troisième a été publié dans les *Bulletins de la Société anatomique.*

Dans le premier, il s'agit d'un officier dont l'artère humérale fut traversée par une balle de révolver de 7 millimètres de dia-

Paris. — Imprimerie Paul Dupont, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) (581, 5-78.) *Le Gérant :* MASSON.



mètre. Le pouls disparut de suite et ne reparut jamais. J'immobilisai le bras et la guérison s'obtint avec rapidité.

Dans le second, la balle de révolver traversa la base du cou, la carotide et la veine jugulaire furent perforées puisqu'il se produisit un anévrysme artério-veineux. Le malade eut une large ecchymose, mais guérit sans le moindre accident.

Pour le cas qui se trouve dans les *Bulletins de la Société anatomique*, il s'agit d'un jeune homme qui eut la cuisse traversée par la balle. Il put venir à pied à l'hôpital, mais il succomba à la pyohémie. A l'autopsie, on trouva une fracture longitudinale du fémur, mais en outre l'artère fémorale présentait une énorme perte de substance comprenant une partie du calibre : c'était une véritable résection. Il n'y eut ni hémorrhagie ni anévrysme.

Ce sont ces faits qui me permettent d'affirmer qu'il y a eu blessure de l'artère malgré l'absence d'hémorrhagie, et je pense que ces faits ne doivent pas être très-rares puisque, pour mon compte, j'en ai rencontré trois.

M. Boinet. J'ai publié dans nos *Bulletins* un fait qui se rapproche de ceux dont on vient de nous entretenir.

Un soldat avait reçu, au niveau du condyle interne de l'humérus, une balle qui était sortie en arrière du deltoïde. Plusieurs hémorrhagies s'étaient produites et on avait été sur le point de faire la ligature ; je pratiquai une compression à la partie supérieure du bras et je me tins prêt à opérer s'il survenait une nouvelle hémorrhagie. Quelques jours après je fus appelé en toute hâte pour arrêter une hémorrhagie, mais, à mon arrivée, le sang était arrêté, j'attendis et bien m'en prit, car rien ne survint et le malade guérit parfaitement.

M. Terrier. J'ai vu un cas de blessure artérielle de l'axillaire, mais qui se termina par la formation d'un anévrysme. Les faits qui viennent de nous être communiqués prouvent que toute plaie d'artère n'est pas suivie d'anévrysme. Cela ne m'étonne pas beaucoup, car l'homme seul paraît apte à avoir des anévrysmes traumatiques. Jamais expérimentalement on ne développe d'anévrysme chez un animal.

De plus il y a des différences curieuses à signaler au point de vue du pronostic des blessures d'artères chez les animaux : coupez l'artère testiculaire du cheval, il peut mourir d'hémorrhagie ; coupez la carotide d'un chien, souvent il ne mourra pas.

Chez les hommes, il peut y avoir des prédispositions particulières les rapprochant de ces conditions : or, c'est un fait curieux et peu connu, chez les animaux, il n'y a que des anévrysmes spontanés ; chez l'homme, il peut donc y avoir des endo-artérites arrêtant l'hémorrhagie.

Présentation d'instruments.

M. Chassagny, de Lyon, présente : 1° un instrument appelé le crânio-tripsotome ; 2° un crochet rigide et flexible pour faciliter l'extraction de la tête dans certains cas. (Renvoyé à une commission composée de MM. Polaillon, Lucas-Championnière et Guéniot, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 29 mai 1878.

Présidence de M. TARNIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de Paris, de la province et de l'étranger ;

2° Les mémoires de la Société de médecine de Nancy, année 1876-1877 (vol. in-8°) ;

3° M. Polaillon présente, de la part de M. le Dr Lemée, de Saint-Sever, un travail manuscrit, comprenant deux observations d'accouchements chez des femmes atteintes de viciation du bassin (commissaire M. POLAILLON) ;

4° M. Terrier offre à la Société le 1er fascicule du tome II du *Manuel de pathologie chirurgicale*, par Jamain et Terrier ;

5° Une observation de M. Chauvel, membre correspondant, intitulée :

Engorgement chronique des membres inférieurs. — Phlébite obturante de la fémorale profonde.

Dans le cours d'une année, j'ai eu l'occasion d'observer, deux fois, un engorgement chronique d'un des membres inférieurs qu'il m'a été bien difficile de m'expliquer. Voici les deux faits.

OBS. I. — H..., soldat au 128e de ligne, entre le 15 juin 1877 à l'hôpital de Givet. C'est un homme robuste, de solide constitution. Il y a 2 mois, il tomba des remparts dans les fossés de Montmédy. Dans sa chute, il se fit au front et au genou droit des plaies contuses qui guérirent très-rapidement. La cuisse gauche était le siége de

quelques légères contusions, sans plaie. La douleur disparut bientôt, mais le membre gauche, la cuisse surtout, resta fortement gonflé. Après 2 mois de traitement, cet état ne se modifiait pas, H... fut évacué sur l'hôpital de Givet.

A son entrée, on constate à la vue que tout le membre inférieur gauche, de la racine de la cuisse au cou-de-pied, est plus volumineux que le membre droit. Ce gonflement est plus apparent quand on regarde la face postérieure des membres; il est plus marqué à la cuisse qu'à la jambe, et le pied au-dessous des malléoles est tout à fait indemne. La mensuration à la partie moyenne de la cuisse gauche donne 5 centimètres de plus qu'au point correspondant de la cuisse droite. Au milieu du mollet, la différence n'est que de 2 centimètres en faveur du côté gauche. La circonférence est la même à hauteur de la base des malléoles. A la palpation, en saisissant le membre à pleines mains, on éprouve, surtout à la cuisse gauche, une sensation de résistance, de tension, qui fait défaut du côté sain. La peau semble moins mobile sur les parties profondes; il est plus difficile de former un pli aux téguments en les saisissant entre les doigts. Pas d'augmentation de volume des os, du moins pas de gonflement perceptible à la palpation profonde ou au compas d'épaisseur.

Il n'existe pas d'œdème au pied, ni au pourtour des malléoles; sur la face interne du tibia seulement, la peau conserve légèrement l'impression du doigt. Les veines superficielles, les veinules capillaires ne sont pas plus développées à gauche qu'à droite; nulle trace de varices.

En examinant avec soin le trajet des saphènes interne et externe de la veine fémorale dans le triangle de Scarpa, on ne rencontre pas de cordon dur et mobile sous les doigts. Aucune douleur à la pression, pas de souffrances spontanées, la marche seule développe bientôt un sentiment pénible de fatigue et de pesanteur : le membre devient lourd comme du plomb. Les ganglions inguinaux sont sensibles des deux côtés, mais leur volume est à peu près le même, ils sont mobiles et roulent sous les doigts, la pression n'est aucunement douloureuse. L'examen le plus attentif ne montre aucune tuméfaction dans la fosse iliaque gauche ou, dans l'abdomen, aucune lésion des os du bassin.

Quand on examine le membre après une marche prolongée, alors que le malade se plaint de son poids, il semble plus volumineux et plus tendu. Mais la mensuration plusieurs fois répétée donne absolument les mêmes chiffres qu'après le repos de la nuit.

La sensibilité au compas est la même des 2 côtés, la température prise entre les orteils est la même, les muscles se contractent parfaitement par la faradisation. Les battements de la fémorale et de la pédieuse sont normaux. Enfin les jointures du cou-de-pied, du genou, de la hanche possèdent tous leurs mouvements et ne sont le siège d'aucun épanchement.

La profession de H..., il est laboureur, n'explique pas un développement plus considérable du membre gauche, et le malade nous affirme que ses membres inférieurs étaient tout à fait égaux en volume avant sa chute, et qu'il n'éprouvait aucune gêne à faire son service.

H... resta 6 semaines dans notre service, sans que des frictions excitantes, des bains sulfureux, des douches locales, la compression avec une bande élastique, eussent en rien modifié son état. Il nous fut permis de constater bien souvent qu'en faisant marcher longtemps le malade, alors qu'un bandage roulé très-serré enveloppait le membre jusqu'au milieu de la cuisse, il ne se formait jamais de bourrelet œdémateux au-dessus des derniers circulaires. H... fut alors envoyé en convalescence, et nous ignorons ce qu'il est devenu.

Obs. II. — Ce fait nous avait frappé par la difficulté d'une explication satisfaisante. Le second cas est à peu près le même, sauf pour sa cause occasionnelle.

M..., soldat au 4e zouaves, entre le 14 avril 1878 à l'hôpital militaire d'Orléansville (Algérie), salle 2, n° 6. Cet homme, il y a 7 mois, fut atteint d'une fièvre grave, continue, qui le fit entrer à l'hôpital de Milianah. A la suite de cette maladie, sans douleur, sans aucune réaction locale, le membre inférieur droit devint plus volumineux que le gauche, le gonflement portant principalement sur la cuisse. Des bains, des cataplasmes, des pointes de feu, appliqués sur la cuisse, ne modifièrent en rien la situation. M... fut alors envoyé en convalescence en France, et, après 5 mois de séjour, il en revient aujourd'hui dans le même état.

Agé de 22 ans, c'est un homme fort, vigoureux, d'une excellente santé, non rhumatisant, cultivateur de sa profession.

Le membre inférieur droit est le siége d'un gonflement sensible à la vue, et qui semble porter plus sur la cuisse que sur la jambe. Les deux pieds au-dessous des malléoles sont parfaitement semblables et la mensuration donne absolument les mêmes dimensions des deux côtés.

La peau est saine, non œdémateuse, sans sensibilité normale, en aucun point elle ne conserve l'impression du doigt. En l'examinant avec soin, il semble que le réseau veineux capillaire superficiel est plus développé à la partie supérieure et externe de la cuisse ; mais la différence est si faible entre les deux côtés, qu'elle échappe à plusieurs de nos collègues.

En saisissant le membre à pleines mains, on éprouve une sensation de tension, de dureté, qui n'existe pas du côté gauche. La peau paraît plus épaisse, elle se laisse mouvoir moins aisément sur les couches profondes et soulever en pli. La palpation profonde ne développe absolument aucune douleur ; les os n'ont pas augmenté de volume ; le gonflement porte sur toute la masse charnue, comme si les muscles s'étaient hypertrophiés légèrement.

Pas de varices superficielles, pas d'induration sur le trajet des veines saphènes interne et externe ; la veine fémorale superficielle ne forme pas cordon, et l'exploration répétée ne développe aucune douleur, ne fait sentir aucune dureté allongée sur le parcours de la fémorale profonde.

Du reste, aucune douleur spontanée. Même dans la station verticale et la marche, le malade ne soufre pas. Mais au bout de quelques instants

il éprouve une sensation de gêne, de pesanteur qui le force de s'arrêter.

Des deux côtés les ganglions inguinaux sont perceptibles à la palpation, mais d'égal volume, roulant librement sous les doigts et nullement douloureux. Aucune tumeur dans la fosse iliaque droite ou dans le ventre. Toutes les fonctions s'exécutent normalement.

La mensuration pratiquée après un repos de 24 heures au lit donne comme circonférence.

	à droite —	à gauche
Jambe au niveau des malléoles.	0m,280 —	0m,280
— au milieu du mollet.	0m,330 —	0m,315
Genou. Milieu de la rotule.	0m,350 —	0m,335
Cuisse. Partie moyenne.	0m,520 —	0m,470

Plusieurs fois répétées, soit après un repos prolongé, soit après une marche fatigante, ces mensurations sont toujours restées sensiblement les mêmes. Le gonflement du membre n'augmente pas par la fatigue.

En mesurant le tronc à hauteur des épines iliaques antéro-supérieures, on s'assure que les deux côtés sont parfaitement égaux.

Les articulations sont libres, jouissent de tous les mouvements normaux. Le genou est cependant un peu gonflé, et la rotule droite, plus mobile, paraît soulevée par un léger épanchement.

On perçoit aisément les battements de l'artère pédieuse et de la fémorale droites. La sensibilité cutanée mesurée au compas est absolument la même des deux côtés ; la température est égale, les muscles se contractent par la faradisation.

Depuis plus d'un mois, M... a été soumis aux bains sulfureux, aux douches locales, aux frictions excitantes, à la faradisation, aux onctions mercurielles, à la compression, sans en retirer le moindre avantage. En désespoir de cause, nous l'avons désigné pour les eaux thermales d'Hammam-Rira. J'ai noté plusieurs fois, comme dans l'observation I, que le membre étant emprisonné dans un bandage serré, il ne se formait jamais de bourrelet œdémateux au-dessus des derniers circulaires.

Ces deux faits sont bien à peu près identiques. Dans l'observation II, le gonflement du genou est signalé, il manque dans le premier cas ; mais en revanche chez le premier malade il y avait un peu d'œdème au niveau de la face interne du tibia, œdème que je n'ai pas retrouvé chez le second sujet.

Mes réflexions ne seront pas longues. N'ayant aucune ressource bibliographique à ma disposition, je ne puis dire si des cas analogues sont rapportés et dans quelles conditions on les rencontra.

J'ai vu plusieurs fois des phlébites adhésives des veines principales du membre abdominal et particulièrement de la veine fémorale dans le triangle de Scarpa. Le professeur Verneuil en a nettement indiqué les signes dans la pathologie de l'aine (*Dict. encyclopédique*, tome II, p. 300). Ils diffèrent beaucoup des symptômes présentés par mes malades.

Repoussant l'idée d'une phlébite inguinale, je songeai à l'interrup-

tion du courant sanguin dans la veine fémorale profonde, la circulation restant libre dans la fémorale superficielle ainsi que dans les saphènes. Sans pouvoir m'en expliquer l'origine, une phlébite obturante de la fémorale profonde me paraissait rendre un compte plus satisfaisant des symptômes présentés par mes malades. Il est vrai que je n'ai constaté ni douleur, ni induration cylindrique sur le trajet de cette veine ; il est certain que la jambe dans les deux cas participait au gonflement quoique dans une légère mesure.

Je n'ai posé ce diagnostic que faute de mieux trouver et avec un point d'interrogation, et j'envoie les observations à la Société, en la priant de les discuter si elle y trouve quelque intérêt.

M. Desprès. Je me demande pourquoi M. Chauvel n'a pas intitulé son observation : *De la phlegmasia alba dolens chez l'homme.*

M. Marc Sée. Je ne vois pas les signes d'une oblitération résineuse, et je serais plus disposé à voir une oblitération des vaisseaux lymphatiques, d'autant plus qu'il y avait un engorgement des ganglions.

Communications.

M. Polaillon fait la communication suivante, sur *un cas de plaie pénétrante de poitrine :*

Dans les plaies pénétrantes de la poitrine, les hémorrhagies graves viennent ordinairement du cœur, de l'aorte, de la veine cave supérieure ou des gros vaisseaux pulmonaires, plus rarement de l'artère intercostale. Un fait que j'ai observé dernièrement prouve que l'hémorrhagie interne peut avoir encore une autre source, sur laquelle on n'a pas eu l'occasion d'appeler l'attention : je veux parler de la section d'une veine collatérale de l'artère diaphragmatique inférieure, donnant lieu à un écoulement de sang dans la cavité pleurale et dans la cavité du péritoine. Voici le fait en question :

Plaie pénétrante de la poitrine intéressant le diaphragme en deux points. — Hémo-pneumo-thorax. — Mort. — Autopsie.

Le 14 février 1878, à 6 heures du soir, la nommée B... (Honorine), âgée de 20 ans, reçoit deux coups de couteau, l'un à la partie externe de la hanche gauche qui ne produit pas de lésion importante, l'autre sur le côté gauche de la poitrine : c'est celui qui a causé les désordres qui vont nous occuper.

L'instrument vulnérant avait une lame d'environ 9 ou 10 centimètres de long, se terminant par une pointe aiguë.

La plaie de la poitrine, située au-dessous du sein gauche, a éte

pansée très-peu de temps après la blessure par un médecin du quartier des Gobelins. Ce médecin a constaté qu'un morceau de poumon, de la grosseur d'un œuf, faisait hernie à travers la plaie. Il réduisit le poumon hernié et réunit les bords de la plaie avec une grosse aiguille à suture, au-dessous de laquelle il serra un fil comme dans la suture entortillée. Jusqu'à ce moment la blessée avait perdu par la plaie une certaine quantité de sang, mais elle n'en avait pas rejeté avec des crachats.

A 8 heures du soir, elle est amenée dans mon service à l'hôpital de la Pitié. Elle est en proie à une dyspnée très-grande. Elle se plaint d'une douleur assez vive dans le côté gauche, et passe toute la nuit à gémir sans avoir un seul instant de repos.

Le 15, à la visite du matin, je trouve la malade avec la face pâle et une expression de vive anxiété. La respiration est très-fréquente. Les réponses sont entrecoupées à chaque instant par le besoin d'inspirer. Le pouls bat plus de 150 fois par minute. La malade est dans le décubitus dorsal, et, pour ne pas provoquer une syncope, je m'abstiens de la faire mettre sur le côté et de la faire asseoir pendant la percussion et l'auscultation. Toute la partie postérieure du côté gauche de la poitrine, c'est-à-dire la partie déclive, est mate ; au contraire une sonorité exagérée existe dans la partie antérieure. A l'auscultation, on constate que le murmure vésiculaire a disparu dans tout le poumon gauche. Les bruits du cœur sont extrêmement rapides, mais réguliers et normaux sous le rapport de leur timbre. Pas de crachements sanglants. La plaie de la paroi thoracique est suturée. Il n'y a pas d'emphysème. Le ventre est un peu ballonné, mais indolent et souple ; cependant les mouvements d'abaissement du diaphragme pendant l'inspiration sont évidemment moins étendus qu'à l'état normal, comme si une plaie gênait l'action de ce muscle. Les mamelles sont volumineuses et contiennent du lait, car la malade nourrissait encore son enfant âgé de 18 mois.

Après avoir fait constater ces signes aux élèves, mon diagnostic fut le suivant : *plaie pénétrante de la poitrine avec épanchement d'air et de sang dans la cavité pleurale et perforation probable du diaphragme.* Quant au sang qui s'était épanché en si grande quantité, il nous a paru ne venir ni du cœur ni du poumon (puisqu'il n'y avait pas de crachats sanglants), mais peut-être des gros vaisseaux du médiastin ou d'une artère intercostale.

Le soir (6 heures), l'état est encore plus grave. Les bruits du cœur sont faibles et confus. On note une douleur assez vive dans le ventre.

Le 16 février, à 1 heure du matin, mort.

Autopsie le 17 février, à 10 heures du matin.

Sur le côté latéral gauche de la poitrine, au niveau du 6e espace intercostal, près de l'extrémité antérieure des côtes, existe une plaie de 3 centimètres environ, dirigée presque parallèlement à l'une des côtes. Les bords de la plaie sont encore réunis par l'aiguille à suture qui a été placée après l'accident. Dans une étendue de 9 ou 10 centimètres autour de la plaie, le tissu cellulaire est infiltré d'une petite quantité de gaz. L'aiguille à suture étant enlevée, un jet de gaz extrêmement fétide s'échappe par l'ouverture de la poitrine.

Les cavités thoraciques et abdominales sont ouvertes.

Le poumon gauche, exempt d'adhérences pleurétiques, est rétracté vers son pédicule, et présente le volume du poing. Il a une couleur rouge foncé, ne crépite pas quand on le comprime et n'offre aucune trace de blessure. L'insufflation lui rend son volume normal et sa coloration bleu rosé. L'air insufflé ne sort en aucun point de sa surface par une piqûre ou une incision qui aurait pu échapper à l'examen direct. — Le poumon droit est sain, mais présente quelques adhérences pleurétiques.

Le cœur est intact, en état de systole. Un léger épanchement séreux existe dans le péricarde.

La cavité pleurale gauche contient environ un litre et demi à deux litres de sang incomplétement coagulé. La face supérieure du diaphragme est recouverte par un amas de caillots mous, analogues à de la gelée de groseille. Après avoir enlevé ces caillots, on trouve sur le diaphragme, un peu en dehors du péricarde, une plaie de 2 centimètres environ, évidemment produite par l'instrument tranchant, et pénétrant dans la cavité abdominale. L'extrémité gauche du bord du foie est aussi traversée de part en part. Plus en arrière et plus près de la ligne médiane, on rencontre encore une plaie du diaphragme, longue de 1 cent. 1/2 et perforant ce muscle de bas en haut. Il en résulte que le couteau de l'assassin, dirigé transversalement et un peu d'avant en arrière, a pénétré successivement dans la poitrine par le 6e espace intercostal, puis dans le ventre en traversant le diaphragme de haut en bas, et après avoir embroché le bord gauche du foie, la pointe est rentrée dans la cavité thoracique gauche en perforant de nouveau le diaphragme de bas en haut. Cette dernière plaie, plus petite que les autres, est celle qui a fourni le sang de l'épanchement. Les gros vaisseaux du médiastin postérieur n'ont pas été atteints.

Les lésions de la cavité abdominale sont les suivantes : Quelques vaisseaux de l'épiploon gastro-splénique ont été divisés. Au voisinage de cette blessure, on trouve un peu de sang épanché et

des adhérences plastiques. Sur la face inférieure du diaphragme, le péritoine est un peu rouge. Les intestins sont distendus par des gaz. La plaie du foie n'a pas donné lieu à une hémorrhagie.

Il était intéressant d'examiner les organes génitaux internes chez cette femme qui avait succombé rapidement au milieu d'une santé parfaite. L'ovaire droit portait une vésicule de de Graaf récemment rompue. Sur l'ovaire gauche il y avait une vésicule de de Graaf grosse comme une petite cerise en état de maturité et sur le point de se rompre. Sur l'un et l'autre ovaires, il existait plusieurs ovules en voie d'évolution. Quoique nourrice, cette femme devait être menstruée. Nous n'avons pas de renseignements à cet égard. Dans tous les cas ses ovaires fonctionnaient avec une grande activité. La cavité utérine était vide. Le mucus utérin et vaginal, examiné au microscope, n'offrait point de spermatozoïdes.

Lorsque nous avons voulu nous rendre compte de l'origine de l'épanchement sanguin si considérable que nous avions rencontré dans la poitrine, nous n'avons pas été peu surpris de n'en trouver la source ni dans l'ouverture d'un gros vaisseau, ni dans la section de l'artère intercostale. En effet, la plaie thoracique existait au-dessus de l'extrémité antérieure de la 7[e] côte, dans un point ou l'artère intercostale n'existe plus qu'à l'état de ramifications tout à fait incapables de produire une hémorrhagie grave. D'ailleurs, la dissection attentive des bords de l'incision, que j'ai faite avec l'interne du service, M. Chevallereau, ne nous a montré qu'une artériole presque imperceptible, logée entre les fibres musculaires des intercostaux, et elle n'était pas coupée.

Au niveau de la plaie externe et antérieure du diaphragme, il n'y avait pas non plus de vaisseau coupé.

La petite plaie interne et postérieure du diaphragme était située sur le trajet de la branche externe de l'artère diaphragmatique inférieure, près de son origine. Le tronc de cette artère, qui est volumineuse a été dénudé par le couteau sans avoir été sectionné. Mais *une de ses veines collatérales a été complètement coupée,* comme on peut le voir sur la pièce que je présente. Par élimination on est donc conduit à reconnaître que l'ouverture de cette veine a été la source de l'épanchement thoracique.

Réflexions. — Il est étrange que le sang se soit épanché dans la cavité pleurale à travers la plaie du diaphragme plutôt que dans la cavité abdominale, puisque la veine blessée est située sur la face inférieure de ce muscle. Je ne trouve d'autre explication de ce fait que l'aspiration de la poitrine, qui a attiré le sang en haut au lieu de le laisser couler dans le ventre. Je pense même que

sans cette aspiration l'hémorrhagie de la veine ne se serait pas produite.

Un second point a attiré notre attention, c'est la *hernie du poumon* qui a été constatée et réduite par le médecin qui a donné les premiers soins. A-t-on suivi une bonne pratique en réduisant cette hernie? Nous ne le pensons pas. La hernie du poumon fixait cet organe à la paroi thoracique et bouchait la plaie intercostale. Après la réduction le poumon, qui n'avait pas avec le feuillet pariétal de la plèvre ces adhérences que l'on a appelées *providentielles* dans les cas de plaies de poitrine, s'est rétracté violemment; l'air a fait irruption dans la cavité pleurale, et le sang de la veine diaphragmatique ouverte, qui n'aurait peut-être pas donné lieu à une hémorrhagie notable, a été aspiré dans la poitrine. On peut donc accuser la réduction d'avoir produit ou d'avoir aggravé l'épanchement sanguin et gazeux. A propos d'un travail de M. Cauvy, notre collègue, M. Duplay a fait dernièrement ressortir que dans le cas d'une plaie de poitrine avec hernie du poumon il vaut mieux ne pas réduire, qu'on évite ainsi des accidents redoutables et que la hernie en elle-même se guérit spontanément. Le fait que nous venons de faire connaître vient à l'appui de cette opinion.

Discussion.

M. Duplay. L'observation de M. Polaillon est excessivement intéressante, car elle nous fait connaître une nouvelle cause des épanchements sanguins de la poitrine; mais je désire appeler l'attention sur la hernie du poumon qui a été constatée après l'accident.

Ce fait vient à l'appui de l'opinion soutenue, devant la Société, par M. Cauvy. Vous vous rappelez que notre confrère a voulu prouver que la hernie du poumon devait être considérée comme une circonstance favorable dans le pronostic des plaies de poitrine, lorsqu'elle n'était pas réduite, et il a montré en effet que, dans les plaies de poitrine compliquées de hernie du poumon, la guérison avait été obtenue beaucoup plus facilement lorsqu'on n'avait pas fait de réduction.

Dans le rapport que j'ai fait sur la communication de M. Cauvy, j'avais établi un rapprochement entre la hernie du poumon et celle de l'épiploon, que la Société de chirurgie conseille de ne pas réduire.

La hernie du poumon est une chose rare, et M. Cauvy a eu le mérite de bien indiquer quels étaient les avantages que l'on pouvait en déduire.

M. Sée. Je voudrais adresser à nos collègues une question au sujet du traitement des plaies de poitrine avec épanchement de sang considérable dans la plèvre.

Dans la très-intéressante observation qui vient de nous être communiquée, M. Polaillon a constaté, dès le premier jour, un grand épanchement de sang, produisant de graves accidents de suffocation, contre lequel il a été tenté peu de chose. Que doit-on faire dans des cas analogues ? Vaut-il mieux s'abstenir de toute intervention, ou agir ?

M. Verneuil. Je vais essayer de répondre à M. Sée, qui, je crois, demande s'il peut être utile de pratiquer l'empyème, ou tout au moins la ponction aspiratrice.

Au siècle dernier, la question de l'empyème a été discutée très-complétement, mais aujourd'hui les plaies de proitrine sont devenues excessivement rares et, le plus ordinairement, sont assez légères : aussi la question de l'intervention chirurgicale se pose-t-elle moins souvent.

J'ai pu, cependant, observer quelques cas graves d'épanchement sanguin de la plèvre.

Une femme, qui disait avoir reçu des coups de pied de cheval, entra, dans mon service, avec des fractures multiples des côtes, des accidents graves d'oppression, tenant à l'épanchement sanguin, me firent plusieurs fois hésiter à intervenir; mais j'attendis, et la guérison fut complète.

Chez un charpentier qui, dans une chute, se brisa un fémur et un bras, je constatai la fracture des sept ou huit premières côtes, et, malgré des troubles très-graves, il guérit.

Je ne crois pas qu'il faille pratiquer les grandes incisions que préconisaient les chirurgiens du siècle dernier, et je suis d'avis que, lorsqu'on a pu obtenir une oblitération complète de la plaie, il est préférable de ne pas intervenir. Je suis, dans ces cas, les règles admises pour les plaies de la tête ; lorsque la peau est intacte et lorsque la plaie peut être fermée, il faut attendre, le sang se résorbera.

M. Desprès. J'ai observé plusieurs cas de plaies de poitrine qui m'ont permis de me faire une opinion sur ce sujet.

Dans le service de Nélaton, j'ai vu une femme qui présenta un épanchement sanguin de la plèvre très-abondant; la suppuration survint et finit par emporter la malade, malgré l'empyème qu'on avait été obligé de pratiquer.

Une femme qui avait reçu un coup de couteau dans la poitrine, entra dans le service de Jobert, le couteau était resté implanté

dans une côte; Jobert ne voulut pas l'enlever, et la mort survint au 4e jour.

J'ai vu un jeune garçon qui avait reçu, à droite, un coup de couteau de petite dimension; le couteau avait traversé la plèvre, le poumon et le diaphragme, puisqu'il sortit de l'épiploon : tout se termina très-bien.

J'ai eu à donner des soins dans mon service à un ouvrier qui tomba sur un toit en verre; il y eut une plaie de poitrine et incision du diaphragme. Je fis l'occlusion avec un bandage en diachylon, et la guérison s'obtint dans de bonnes conditions.

Dans un autre cas de plaie de poitrine, avec pneumothorax, par coup de couteau, j'obtins un excellent résultat avec l'occlusion.

Je crois donc qu'il faut fermer convenablement la poitrine et attendre. De plus, la conduite à tenir dans les cas d'hémothorax avec retrait du poumon est jugée par la conduite de Dupuytren qui n'a pas cru devoir débrider la plaie du duc de Berry.

M. Tillaux. Dans une plaie ordinaire de poitrine, je crois qu'il est impossible d'hésiter : il faut fermer la plaie et ne pas y toucher. Mais si j'ai bien compris la question posée par M. Sée, il me semble que notre collègue a touché un cas plus difficile, qui est celui-ci. En présence d'une plaie de poitrine s'accompagnant d'un vaste épanchement sanguin, capable d'amener une terminaison fatale, faut-il ouvrir la poitrine ou attendre?

Voilà, je crois, le point délicat à décider.

Il y a deux ans, une femme, dont l'histoire fit beaucoup de bruit, fut amenée dans mon service, après avoir reçu deux balles de révolver dans la poitrine. Une des balles fut trouvée sur le diaphragme, l'autre alla se loger dans le cœur, que je présentai à la Société, en lui faisant constater l'impossibilité de reconnaître la porte d'entrée dans le cœur.

Cette femme avait une violente oppression; après un examen fait avec mon collègue et ami M. Siredey, je me décidai à pratiquer l'empyème, dans le but de donner issue à un vaste épanchement sanguin que nous avions reconnu; je ne pus rien faire sortir.

De ce fait en particulier, j'arrive à conclure que l'intervention chirurgicale donne peu de résultat favorable et qu'il est préférable d'attendre.

M. Duplay. Il est facile de s'expliquer pour quelles raisons l'intervention chirurgicale ne peut donner des résultats avantageux; il suffit de se rappeler l'expérience de Trousseau : en versant du sang dans la plèvre d'un animal vivant, la coagulation se produit avant que le sang soit arrivé à la base du poumon.

M. Delens. J'ai donné des soins à un jeune homme qui s'était tiré un coup de révolver dans la poitrine; il y eut de suite de l'oppression, tenant à l'épanchement sanguin. Au bout de 15 jours, l'oppression devint tellement violente que je me décidai à faire une ponction aspiratrice.

Je retirai une grande quantité d'un liquide rouge comme du sang; je m'expliquai ce résultat par la présence d'un épanchement séreux ayant liquéfié le sang et ayant permis de le faire sortir.

Ce n'est pas tout à fait le cas que l'on vient d'examiner, mais j'ai cru utile de le citer, car, en quelques jours, l'intervention chirurgicale peut devenir d'une grande utilité.

M. Polaillon. Je désire faire observer à M. Sée que lorsque j'ai examiné la malade, il n'y avait pas d'emphysème, la plaie étant parfaitement suturée ; je n'ai donc pas eu à enlever l'aiguille, ce qui m'aurait peut-être conduit à ouvrir la plèvre. La plaie était bien réunie et je me suis abstenu d'y toucher.

Le cas était très-grave, et en me basant sur la direction du couteau, sur les phénomènes abdominaux, j'étais persuadé que l'abdomen avait été touché, et je crois que c'est la péritonite qui a surtout amené la terminaison fatale.

Quant à la ligne de conduite qu'il est bon de tenir en présence d'une hernie du poumon, je partage entièrement les préceptes qui ont été posés par MM. Cauvy et Duplay, il ne faut pas chercher à la réduire. Dans les recherches bibliographiques que j'ai faites pour savoir s'il existait des plaies de l'artère diaphragmatique, j'ai pu constater que, dans les cas où le poumon n'a pas été réduit, les succès avaient été beaucoup plus considérables.

M. Terrier lit une observation intitulée :

Hernie ventrale étranglée. — Gastrotomie. — Méthode Lister. — Guérison.

Ursprunger, 63 ans, ancien tailleur de pierres, pensionnaire de Bicêtre, entre à l'infirmerie le 13 décembre 1877 (salle Saint-Prosper, n° 23). Cet homme est porteur, depuis 20 ans environ, d'une hernie inguinale gauche qui aurait succédé à un violent effort; depuis 10 ans, il aurait une constipation habituelle; enfin, il assure que cette hernie rentre facilement, et que dans ce cas il souffre de douleurs abdominales vives, avec constipation opiniâtre.

Il n'y a rien d'autre à noter dans les antécédents du malade. Il raconte que sa hernie, qui offrait environ le volume d'un gros œuf, est rentrée depuis le 9 décembre, sans qu'il sache sous quelle influence. Toujours est-il que depuis ce moment le malade se plaint de

coliques et de nausées, qu'il a eu quelques vomissements, enfin qu'il n'a pas été à la garde-robe; depuis ce jour aussi, il n'aurait pu évacuer aucun gaz par l'anus.

Le 14, à la visite, le malade présente le facies abdominal; il y a eu des nausées et quelques vomissements poracés pendant la nuit. L'examen attentif des régions ombilicale et inguino-crurale, permet d'affirmer qu'il n'y a pas de hernie étranglée en ces points: si l'on fait tousser le malade, la hernie inguinale gauche descend jusqu'à la partie supérieure des bourses, mais il est facile de la réduire sans que le malade éprouve la moindre douleur à ce niveau. Toutefois, la pression des doigts exercée en dedans de l'orifice interne du trajet inguinal gauche, vers le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen, détermine une assez vive douleur, qui s'irradie dans tout le reste de l'abdomen. En outre, le malade accuse en ce point des douleurs spontanées plus ou moins aiguës, qui déterminent, dit-il, des coliques et des nausées.

A ce niveau, les téguments ne sont soulevés par aucune tumeur, et la palpation faite avec précaution ne nous donne que des signes négatifs. Il n'y a pas de ballonnement du ventre et le malade urine bien. Pas de fièvre; 37°.

Nous pratiquons le toucher rectal, et nous ne trouvons aucun obstacle au cours des matières dans la partie inférieure de l'intestin.

En présence de ces accidents encore peu graves d'étranglement interne, nous crûmes devoir temporiser. Diète absolue, glace, deux injections de morphine de 1 centigramme, lavement purgatif.

Le 15, l'état général restait à peu près le même, le ventre était cependant ballonné, il n'y avait eu que deux vomissements depuis la veille. Constipation toujours opiniâtre, pas d'évacuations gazeuses. Les douleurs abdominales étaient un peu calmées. Même traitement (Glace, 3 injections sous-cutanées de chlorydrate de morphine).

Le 16, même état général et même traitement.

Le 17, le facies du malade est plus altéré, les nausées sont plus fréquentes; il y a eu quelques vomissements fécaloïdes pendant la nuit, la constipation n'a pas cessé, les coliques sont assez vives depuis la nuit. Absolument décidé à intervenir, j'avais fait préparer la veille à peu près tout ce qu'il faut pour pratiquer une ovariotomie; de plus j'avais prié mon ami et collègue, M. Just Lucas-Championnière, de venir m'aider de ses conseils, désirant faire l'opération de la gastrotomie en suivant les préceptes de Lister.

Le malade fut encore examiné avec soin, et en palpant la région douloureuse, nous pûmes sentir un peu profondément, derrière la paroi abdominale, un empâtement assez circonscrit, ce qui nous fit penser que c'était en ce point que devait exister l'obstacle au cours des matières intestinales.

Le malade fut endormi, une incision de 7 à 8 centimètres fut pratiquée sur la ligne blanche, entre l'ombilic et la région pubienne. Des pinces hémostatiques furent placées sur les vaisseaux sectionnés par le bistouri. La cavité péritonéale fut ouverte très-facilement dans

toute l'étendue de la plaie, et il s'écoula un peu de liquide séro-sanguinolent. Ecartant les bords de l'incision pour explorer la face interne de la paroi abdominale antérieure située du côté gauche, il me fut facile de sentir et même de voir au-dessus et en dedans de l'orifice péritonéal du trajet inguinal une anse d'intestin grêle qui semblait pénétrer dans la paroi abdominale antérieure. Cette anse s'enfonçait dans un véritable sac, présentant un collet résistant, mais qui cependant fut assez facilement déchiré avec le doigt. Je pus donc retirer l'anse intestinale manifestement étranglée, longue de 2 à 3 centimètres, offrant une coloration rouge violacé et présentant au niveau du collet herniaire une véritable rainure annulaire, sans trace de gangrène imminente, au moins autant qu'on peut en juger dans ces cas. La cavité du sac herniaire, dans laquelle je pus introduire l'extrémité du doigt, était fermée par une sorte de hernie du péritoine, au niveau du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen.

L'anse herniée dégagée est essuyée avec grand soin, à l'aide d'éponges phéniquées; je m'empressai de refermer le ventre à l'aide de 7 points de suture profonds, faits avec du fil d'argent. Pendant toute l'opération, la plaie et les mains de l'opérateur étaient restées plongées dans le nuage antiseptiqueproduit par un vaporisateur inventé par mon ami Championnière. Pansement phéniqué complet, recouvert d'ouate et maintenu avec une ceinture de flanelle. Notons encore, qu'avant d'endormir le patient, que ses jambes avaient été enveloppées d'ouate, et que pendant l'opération des serviettes chaudes avaient été constamment appliquées sur la partie latérale du ventre et sur la poitrine pour éviter tout refroidissement.

Les soins consécutifs furent ceux que j'ai l'habitude de prescrire dans les ovariotomies : glace, potion de Tood, injection de morphine. Après l'opération, le malade a été assez agité et s'est plaint de vives douleurs abdominales, un peu calmées par une injection sous-cutanée de morphine. Les nausées ont été fréquentes, mais il n'y eut plus de vomissements. Dans la soirée, il se produisit un peu de ballonnement du ventre, et l'on dut desserrer la ceinture de flanelle. Pouls, 100; température, 37°,2. La nuit a été plus calme, le malade a un peu dormi.

Le 18, les douleurs sont presque nulles, le ventre n'est plus sensible à la pression; il y a encore des nausées et un peu de ballonnement. Pouls, 110; température, 37°,6. Glace, potion Tood, lait glacé.

Le soir les nausées ont disparu, le malade accuse encore quelques coliques. Pouls, 120; température, 38°,5.

Le 19, nuit calme. On change le pansement pour la première fois. Les deux fils supérieurs de la suture abdominale se sont brisés, mais sont restés en place; on les enlève. Le ventre est souple, un peu ballonné, et indolore à la pression. Le malade accuse encore quelques nausées, il existe une teinte sub-ictérique des conjonctives, les urines sont rares et foncées en couleur. Il n'y a ni sucre, ni albumine, mais beaucoup de phosphates.

Température, 37°,2; le soir, 37°,5. Le mieux continue. Même régime.

Le 20, nuit très-bonne; depuis la veille, le malade a rendu une

grande quantité de gaz par l'anus, ce qui a déterminé, dit-il, quelques coliques et des épreintes. Température, 38°,2.

La teinte sub-ictérique des conjonctives persiste, et la langue est un peu sèche; toutefois le malade se trouve très-bien.

Le soir, température, 38°.

Le 21, à la suite d'un lavement simple, le malade a eu une selle, soit 4 jours après l'opération et 11 jours après le début des accidents d'étranglement. La nuit a été agitée, cependant il n'y a eu ni coliques, ni nausées. La langue est redevenue normale, l'ictère tend à diminuer. On enlève le 3e et le 5e fil. Pouls, 96; température, 37°,5.

Le malade, qui jusqu'alors n'avait pris que du lait glacé, demande à manger un peu. Œufs, poisson.

Le soir, 37°,2.

Le 22, on constate que la plaie abdominale s'est un peu désunie à sa partie moyenne; le 4e fil d'argent, s'étant rompu, est enlevé : quelques coliques ayant déterminé une selle abondante. Pansement de Lister et compression assez énergique du ventre avec l'ouate et la flanelle. Température, 37°,5; le soir, 36°,9. On alimente le malade.

Le 23, la teinte sub-ictérique des conjonctives a presque totalement disparu, mais les urines sont toujours foncées. La partie désunie de la plaie semble se recoller. Même pansement. T. m., 37°; soir, 36°,8.

Le 24, les deux derniers fils d'argent sont enlevés. L'état général est excellent, selle abondante le matin. Temp., 37°; le soir 37°,1. Alimentation normale.

Le 27, la plaie est fermée. Suppression du pansement de Lister. On se contente de maintenir le ventre avec de l'ouate et une ceinture de flanelle. En fait la guérison était complète 10 jours après l'opération.

Notons cependant qu'il conserva pendant quelque temps une grande faiblesse et que le tremblement sénile dont il était atteint avant les accidents d'étranglement a très-notablement augmenté depuis.

Le malade sort de l'infirmerie le 19 février 1878; nous lui avons fait confectionner une ceinture abdominale, avec plaque rembourrée mediane de manière à bien maintenir la cicatrice de la gastrotomie. De plus il porte un bandage inguinal gauche qui maintient très-bien sa hernie.

Depuis cette époque notre opéré a pu vaquer à ses occupations habituelles sans ressentir la moindre gêne ; toutefois il se plaint encore de coliques, mais c'est lorsque sa hernie inguinale tend à sortir et n'est pas bien maintenue par le bandage. Enfin, malgré l'application méthodique de sa ceinture abdominale, la cicatrice profonde a cédé, et le malade présente une légère éventration, surtout vers la partie inférieure de sa cicatrice.

En présence des accidents généraux survenus brusquement chez notre malade, nous crûmes avoir affaire à une hernie étranglée, mais l'exploration attentive des divers orifices herniaires nous fit aussitôt abandonner cette idée pour adopter le diagnostic d'étranglement interne. Ce diagnostic fut aussi formulé par mon

collègue M. Just Championnière, et nous nous appuyâmes surtout sur le siége fixe de la douleur, et sur l'empâtement profond qu'on rencontrait au point même où existait le maximum de douleur spontanée et provoquée par la pression.

Quant à la nature même de cet étranglement, nous pensâmes qu'il s'agissait d'une bride ou d'un volvulus, sans toutefois pouvoir rien affirmer de bien net à cet égard. Dans tous les cas, l'arrêt absolu des matières, les vomissements rapides et fécaloïdes, nous firent croire qu'il s'agissait d'une occlusion brusque et due à un obstacle qu'il était important de lever le plus tôt possible.

Nous appuyant : 1° sur le peu de gravité relative des plaies du péritoine, comme tendent à le prouver les résultats fournis par l'ovariotomie ; 2° sur les succès obtenus en Angleterre, en Allemagne et en France par l'emploi de la méthode de Lister, nous crûmes devoir faire la gastrotomie.

D'ailleurs, dès le début, je préparai mon malade à subir cette opération, en le maintenant à une diète sévère, en lui faisant des injections sous-cutanées de morphine, et surtout en évitant absolument toute ingestion de purgatif par les voies supérieures du tube digestif : c'est aussi la pratique que je suis lorsque je me trouve en présence d'une hernie étranglèe.

Grâce à ce traitement, les accidents furent modérés, le ballonnement peu marqué, et nous pûmes intervenir facilement suivant les règles que nous avons l'habitude de suivre dans les ovariotomies.

Comme on le voit, ce fait plaide en faveur de la gastrotomie ; et comme malgré les intéressants travaux publiés récemment encore sur ce sujet par Armandale [1], Delaporte [2], Luton [3], W. Brinton [4], Jonathan Hutchinson [5], Le Dentu [6], etc., la question est encore à l'étude, il nous a paru utile de soumettre ce fait à votre appréciation.

Discussion.

M. DESPRÈS. Je voudrais adresser une question à M. Terrier

[1] *Edenburgh med. journ.*, february, 1871.

[2] Thèse de doctorat, Paris, 1872.

[3] *Dictionnaire de med. et de chirurgie pat.*, t. XIX, 1873.

[4] *Intestinal obstruction London.*

[5] *Medico chir. transact.*, vol. LVII, p. 31, London, 1874, et *Lancet*, vol. II, p. 878, 1875.

[6] Conditions de succès de l'intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale (*Journal de thérapeutique*), Paris, 1876.

pour lui demander si, sachant que son malade avait une hernie interstitielle, il aurait fait la même opération.

M. Terrier. Oui.

M. Desprès. Je ne saurais trop m'élever contre cette manière de faire. D'après les renseignements que nous a donnés M. Terrier, il me semble que le diagnostic aurait pu être posé avec une grande exactitude ; la présence d'un plateau dur, l'existence de la douleur au niveau d'une ancienne hernie, sont les signes évidents d'une hernie interstitielle. Il aurait suffi de faire une incision sur le point douloureux pour arriver sur la hernie que l'on aurait pu opérer de dehors en dedans. Je ne puis accepter ce procédé, qui nous reporte au temps où Pigray proposait de faire une incision au-dessous de l'arcade crurale pour opérer des tractions sur les hernies crurales.

Le malade de M. Terrier a guéri parce que le péritoine du vieillard est plus tolérant que celui d'un enfant, ainsi que j'ai pu le constater chez un vieillard de 78 ans, sur lequel on pratiqua très-peu méthodiquement la suture d'une plaie de l'abdomen, qui guérit admirablement.

M. Lucas-Championnière. Il est toujours facile de faire des diagnostics rétrospectifs, mais j'affirme que, lorsque nous examinâmes le malade de M. Terrier, il était impossible de poser le diagnostic de hernie interstitielle. L'induration était si peu accusée que M. Terrier ne l'avait pas remarquée; de plus on était très-loin de l'anneau inguinal, et ce point de repère ne pouvait être d'aucune utilité. L'étranglement était très-profond et la gastrotomie était seule possible.

M. Desprès. La constatation de la douleur en un point limité et la présence d'une induration sont des faits indéniables, et cela me suffit.

M. Polaillon. Je serais disposé à considérer la gastrotomie comme une bonne opération, si j'en juge par les difficultés que j'ai rencontrées en opérant une hernie interstitielle. Après avoir ouvert un premier sac, je réduisis l'intestin ; mais, avant de faire la suture, je portai mon doigt dans l'abdomen et je m'aperçus que la hernie se trouvait dans un second sac, dont j'eus toutes les peines à débrider le collet. Je n'y parvins qu'avec de grandes difficultés : aussi je crois qu'en pareille circonstance il serait préférable de pratiquer la gastrotomie avec toutes les ressources que nous offre la méthode antiseptique. On éviterait ainsi les difficultés que présente, dans ces cas, la kélotomie.

Mon malade a guéri, mais après avoir présenté de tels accidents que je crus que la hernie n'avait pas été réduite complétement.

M. Tillaux. La hernie interstitielle est une hernie qui se fait entre les deux anneaux du canal inguinal, et ce n'est pas le cas de M. Terrier qui avait affaire à une hernie ventrale située au bord externe du muscle droit. Il était donc impossible de faire la kélotomie et je trouve que M. Terrier a eu parfaitement raison de pratiquer la gastrotomie.

Nous nous trouvons quelquefois en présence d'individus atteints d'obstruction intestinale sans pouvoir obtenir de renseignements; il est nécessaire d'intervenir et le choix du procédé est assez embarrassant. Faut-il recourir à l'entérotomie ou à la gastrotomie? Je crois qu'il y a là une question très-importante à étudier, et je serais heureux de voir la Société de chirurgie la mettre à l'ordre du jour de l'une de ses séances.

Pour rester dans les limites du fait dont vient de nous entretenir M. Terrier, je me demanderai s'il vaut mieux faire l'incision sur la partie médiane ou sur le point que l'on suppose être le siége de l'étranglement. L'incision médiane est peut-être un peu éloignée, et il serait peut-être préférable de porter l'incision du côté où l'on pense trouver l'étranglement.

M. Terrier. M. Desprès a dit qu'il y avait hernie interstitielle; nullement, il existait en effet une hernie inguinale qui entrait et sortait sans difficultés, ce n'était donc pas là la cause des accidents.

Le point à peine douloureux qui existait siégeait auprès du bord du muscle droit; il était impossible de songer à une hernie interstitielle, et, même si je l'avais su, j'aurais opéré de même, car il était préférable d'inciser sur la ligne médiane plutôt que de couper les muscles au hasard.

Maintenant, dire que j'ai obtenu un succès parce que mon opéré était un vieillard, dont le péritoine est plus tolérant, c'est une opinion qui ne repose sur rien.

M. Polaillon nous a montré combien la manœuvre du débridement dans la hernie profonde était difficile, je ne serais donc pas tenté de l'essayer.

M. Tillaux me demande s'il ne serait pas préférable de reporter l'incision vers le point que l'on suppose être le siége de la hernie. Je lui répondrai que je préfère l'incision médiane, car on porte le bistouri dans une région où il n'y a pas de vaisseaux et dont la réunion est facile. Je me suis bien trouvé d'avoir choisi cette

région, mais je ne crois pas qu'il soit indispensable d'en conclure que c'est toujours là qu'il faille opérer.

La séance est levée à 5 h. 25 m.

Le Secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 5 juin 1878,

Présidence de M. TARNIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de Paris, de la province et de l'étranger;

2° Une brochure ayant pour titre : *Les chefs des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris,* par M. le Dr Corlieu, bibliothécaire adjoint de la Faculté de médecine ;

3° Le *Bulletin de l'académie royale de médecine de Belgique,* n° 4 du t. XII, année 1878 ;

4° Un mémoire in-4°, intitulé : *Recherches sur l'anatomie normale et pathologique des lymphatiques,* par M. Armauer Hansen ; mémoire accompagné de 5 planches, Christiania, 1871 ;

5° Deux mémoires du professeur W. Bœck, de Christiana; l'un in-8° intitulé : *Expériences sur la syphilis,* 1875, et l'autre, grand in-4°, ayant pour titre : *Recherches sur la syphilis, appuyées de tableaux de statistique tirés des archives des hôpitaux de Christiania,* 1875;

6° Une brochure in-8°, par M. Jacob Heiberg, Christiana; 1874;

7° Un mémoire accompagné de planches coloriées, ayant pour titre : *Description des bourses muqueuses des membres supérieurs et inférieurs,* par MM. A.-J.-D. Synnestvedt, étudiant en médecine, et le professeur J. Voss, Christiania, 1869;

8° Une série de brochures en italien, du Dr Andrea Ceccherelli : *a*) *sur la trépanation du crâne ;* *b*) sur *l'encéphalite traumatique;* *c*) sur la *genèse du carcinome des os ;* *d*) sur le *traitement des incurvations rachitiques des os;* *e*) enfin, sur *l'ambulance de l'exposition universelle de Vienne en* 1873 ;

9° M. Guéniot présente de la part de M. le Dr Prouff, de Plouescat (Finistère), une note manuscrite sur des *faits relatifs à l'obstétrique*. (Commissaire, M. Guéniot.)

A propos du procès-verbal, la parole est demandée par :

M. Desprès. Je tiens à m'élever contre la gastrotomie que M. Terrier semble vouloir conseiller comme moyen curatif des hernies interstitielles, car j'affirme que l'on pouvait diagnostiquer la présence d'une hernie interstitielle. Toutes les hernies interstitielles ne sont point dans l'anneau inguinal, il en existe aussi à travers les interstices des aponévroses de l'abdomen. Si on suivait les principes et l'exemple de M. Terrier, on arriverait à opérer par la gastrotomie des hernies obturatrices et péri-ombilicales; on ferait la gastrotomie à tout propos, or, nos maîtres nous ont appris que l'on pouvait arriver sur toute hernie profonde. Robert, se basant sur l'autorité de Scarpa, a proposé de faire le diagnostic sous le couteau ; en suivant ces principes, on a pu enregistrer de nombreux succès : je ne vois donc pas la nécessité de les changer en proposant la gastrotomie.

M. Tillaux. Il serait nécessaire de s'entendre sur ce que l'on doit appeler hernie interstitielle ; pour moi, je désigne sous ce nom la hernie qui, après avoir pénétré par l'orifice interne dans le canal inguinal, s'est logée dans les muscles, parce que, par une cause quelconque, elle n'a pas pu franchir l'anneau externe. Vouloir conseiller la gastrotomie dans ces cas serait véritablement inacceptable, mais le fait de M. Terrier ne peut nullement être considéré comme une hernie interstitielle. L'intestin avait pénétré à travers une éraillure de l'aponévrose et, pour aller à la recherche, il aurait fallu inciser le péritoine ; en incisant sur le plateau induré on aurait ouvert sûrement le péritoine. Quant à pouvoir dire à quoi tenait l'étranglement, c'était difficile de le préciser, même après l'opération; il existait peut-être une bride.

M. Terrier. Je suis un peu moins exclusif que M. Tillaux, et je comprends sous la dénomination de hernie interstitielle toute hernie qui se produit dans un interstice de la paroi abdominale. Malgré cela, je crois qu'il était impossible de faire autre chose que ce que j'ai fait; en incisant soit sur la ligne médiane, soit sur le point induré, il aurait fallu ouvrir le péritoine pour réduire la hernie, car j'ai eu une véritable difficulté pour y parvenir. Par quelle disposition était produit l'étranglement ? je ne le puis dire ; la hernie existait sur le bord externe du muscle droit, il y avait

un ligament dur fibreux que j'ai déchiré pour réduire la hernie, mais, ce résultat obtenu, je n'ai pas cru nécessaire de poursuivre les recherches.

Quant à vouloir conclure de ce fait que je conseille d'opérer les hernies ombilicales par la gastrotomie, ce n'est pas discutable. J'ai eu un cas particulier, je me suis guidé pour l'opérer sur des circonstances particulières, mais je n'ai eu nullement l'intention de faire une loi générale. J'attache une grande importance aux travaux de nos devanciers, mais je crois cependant que l'on peut chercher à perfectionner des procédés.

M. Després. La kélotomie permet, avant de faire la réduction, de constater l'état de l'intestin et d'établir un anus contre-nature si la chose est nécessaire; avec la gastrotomie, cette ressource est impossible. Aussi cette opération a-t-elle été condamnée par A. Cooper, Desault, Dupuytren.

Dans le cas de M. Terrier, j'aurais fait au niveau de l'induration une longue incision, et j'aurais été à la recherche du sac; j'aurais guéri mon malade sans lui faire courir d'accidents graves.

Si M. Terrier a obtenu un succès, c'est qu'il a opéré de bonne heure, l'intestin était intact; le résultat d'une opération de hernie étranglée ne dépend que de l'époque où l'on opère.

M. Lucas-Championnière. Je regrette de voir dévier la question; la hernie, dans le fait de M. Terrier, n'avait aucune connexion avec le canal inguinal; on ne pouvait tenter une autre opération, et je ne puis accepter comme sérieux le rapprochement que l'on veut établir entre le cas actuel et la proposition, faite par certains chirurgiens, de pratiquer la gastrotomie pour opérer une hernie crurale.

M. Trélat. L'expression de hernie interstitielle est mauvaise, car elle s'applique à un grand nombre de hernies qui n'ont aucun point de ressemblance : les hernies formées dans les interstices des parois abdominales, les hernies du canal inguinal dont nous a parlé M. Tillaux, les hernies réduites en bloc. Je n'ai pas de nom à proposer, mais je crois que ce mot est fâcheux, ainsi que le prouve cette discussion, car il amène des confusions. Pour moi, je crois que ce nom ne doit s'appliquer qu'aux hernies formées dans l'interstice des parois abdominales.

Il faut un peu se méfier de la tendance qui pousse quelquefois des chirurgiens à élever au rang de méthode un procédé de circonstance. Il est certain que, lorsqu'on a proposé de faire la gastrotomie pour réduire une hernie crurale, c'est que l'on n'avait pas fait un diagnostic exact; mais on se trouve quelquefois en présence d'accidents graves insolites qui vous conduisent à es-

sayer des procédés nouveaux. Il n'est pas toujours possible de poser un diagnostic précis, il faut donc, laissant de côté les principes arrêtés, se laisser conduire par les circonstances : ce sont alors des opérations extraordinaires qu'il faut enregistrer avec soin, et qui peuvent avoir leur utilité plus tard. M. Terrier s'est trouvé en présence d'un cas embarrassant, il fallait intervenir, et il y est arrivé par la voie qui lui a paru la meilleure.

M. Cazin. Je voudrais répondre un mot à M. Desprès, qui a avancé que le péritoine du vieillard était plus tolérant que celui de l'enfant. J'ai publié un cas de gastrotomie pour lequel j'ai fait quelques recherches bibliographiques ; j'ai réuni 70 cas, dont 23 guérisons. Sur ces 23 cas, se trouvaient plusieurs enfants de 4, 6 et 8 ans : on ne peut donc pas dire que le succès de M. Terrier tient simplement à ce qu'il a opéré un vieillard.

M. Desprès. Pour arriver à une conclusion précise, il faudrait que toutes les observations, principalement les insuccès, soient publiées.

M. Cazin, membre correspondant, communique à la Société la fin d'une observation d'*anévrysme de la carotide interne gauche dans le sinus caverneux.*

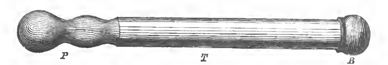
Permettez-moi, Messieurs, de vous relater la fin de l'observation d'anévrysme de la carotide interne gauche dans le sinus caverneux que je vous ai communiquée il y a quelques mois.

Je ne vous rappellerai pas l'ensemble des symptômes qui m'avaient fait établir ce diagnostic ; je me contenterai de vous mentionner l'existence du strabisme interne et la présence d'un bruit de piaulement isochrone avec les battements cardiaques, perçu par le malade et par l'observateur appliquant son oreille directement ou armée d'un stéthoscope sur celle du malade.

J'ai tenté plusieurs modes de compression de la carotide ; la compression mécanique a été très-infidèle ; la compression digitale très-fatigante pour le sujet porteur de l'anévrysme et pour les personnes qui se chargaient de la pratiquer. Je me proposais de faire confectionner chez M. Colin un collier analogue à celui qui est figuré dans l'article Carotide du professeur Richet (in *Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*), lorsque je parvins à obtenir un résultat remarquable en m'inspirant d'une idée du malade. Ce dernier voulait absolument faire de l'auto-compression. En appliquant à cette idée le procédé ancien du *cachet*, je fis disposer une tige de bois comparable pour la forme au manche de piston des grossières seringues d'étain; seulement, pour répon-

dre au but cherché, le piston est ici remplacé par une petite balle en caoutchoue ordinaire, ouverte à un de ses pôles et fixée sur l'extrémité de la tige préalablement arrondie pour la recevoir. C'est à l'aide de cet instrument, d'une simplicité primitive, que le malade lui-même exerçait la pression nécessaire pour intercepter le cours du sang dans l'artère; il a acquis une extrême habileté à trouver et à comprimer la carotide externe, de sorte que couché, assis, en promenade, en voyage, il ne cesse presque jamais le traitement.

La longueur de la tige a été calculée de façon à ce que l'avant-bras soit toujours dans la demi-flexion sur le bras, de façon à diminuer la fatigue. On pourrait du reste établir des compresseurs de différentes longueurs, correspondant à la station debout et assise ou à la station horizontale. Quand le bras gauche était un peu engourdi à la suite de la même position longtemps maintenue, le bras droit reprenait sa place; le bruit de piaulement s'arrête dès que la compression est bien faite, de sorte que le retour du phénomène indique au malade qu'elle ne porte pas au point voulu. Il peut aussi en modifier et l'intensité et la durée. En effet, il est obligé de la suspendre quand les étourdissements et les vertiges



Compresseur carotidien pouvant être employé par le malade lui-même.

P. Poignée.
T. Tige.
B. Balle en caoutchouc ordinaire fixée sur l'extrémité arrondie de la tige.

qu'elle lui occasionne deviennent trop insupportables.

Grâce à ce mode de traitement, le strabisme disparut complétement au bout de trois semaines et quatre jours; le bruit anormal diminuait de son côté graduellement, mais fort lentement; il suffisait de la moindre émotion, de la moindre fatigue pour qu'il reprît toute son intensité première.

Les phénomènes cérébraux légers produits au début par la compression avaient déjà disparu depuis un certain temps, de sorte que celle-ci pouvait être continuée plus régulièrement. La moyenne était de 10 à 12 heures dans les vingt-quatre heures, certaines séances duraient 3 heures sans interruption.

Depuis quinze jours tout bruit insolite a cessé de se faire entendre. La guérison peut être considérée comme assurée.

Communications.

M. Panas lit un travail sur le *kératocône :*

Cette affection rare est connue depuis longtemps des ophthalmologistes, qui l'ont désignée tour à tour sous les noms de *staphylome pellucide*, de *cornée conique;* de *kérectasie conique*, et en dernier lieu de *kératocône.*

Il s'en faut pourtant que, même actuellement, on sache quelle en est la pathogénie, et quant au mode de traitement du kératocône, si nous sommes plus avancés que vos devanciers, ce n'est pas encore la perfection, loin de là.

L'observation que nous allons relater et l'examen du malade que nous vous présentons serviront, croyons-nous, à le prouver; mais auparavant, qu'il nous soit permis de rappeler les traits principaux de l'affection qui nous occupe.

Le kératocône est une affection de la cornée presque toujours acquise. Le malade, qui jusque-là possédait une bonne acuité visuelle, s'aperçoit qu'il ne voit plus aussi bien les objets éloignés, en même temps qu'il se plaint d'être tourmenté par de la polyopie.

Cette polyopie souvent monoculaire, jointe au peu d'amélioration que procurent les verres tant sphériques que cylindriques distingue nettement cette affection de la myopie progressive par recul du pôle postérieur de l'œil. D'autre part l'amélioration de la vue que procure en pareil cas l'emploi d'appareils sténopéiques distingue nettement le kératocône d'une amblyopie due à une diminution de la sensibilité rétinienne.

Un symptôme à peu près constant, et qui existait chez notre malade au plus haut degré, c'est la photophobie avec larmoiement, qui dépend en partie de l'éblouissement qui cause des images rétiniennes diffuses, en partie aussi de la fatigue des muscles adducteurs et de la contraction incessante des paupières constamment rapprochées dans le but de diminuer le diamètre des cercles de diffusion.

L'inspection de la cornée vue de profil, en démontrant la conicité de la cornée, donne au diagnostic toute la certitude désirable. Il suffit d'ailleurs de promener devant la cornée la flamme d'une bougie pour s'apercevoir que le spectre cornéal, relativement très-grand sur les parties latérales, se rétrécit et se rapetisse brusquement au centre de la cornée. De même en se servant de lames éclairantes verticales faites de verre dépoli et disposées de façon que leur reflet sur l'œil observé occupe tout un méridien, on voit manifestement le reflet se rétrécir très-brusquement au centre de la cornée pour s'élargir au delà.

Les expériences qui précèdent démontrent à n'en pas douter

que la cornée s'écarte de sa configuration normale, qui est légèrement ellipsoïde, pour se rapprocher non pas de celle d'un cône comme on le dit généralement, mais bien de la forme d'un *hyperboloïde*, ainsi que Græfe en a fait le premier la remarque. Dans un cas où l'anomalie n'était pourtant pas encore très-développée, Leber (*Berlin Klinische Wochenschrift*, 1868) fit des mensurations ophthalmométriques qui lui prouvèrent qu'au centre la cornée avait moins de *deux millimètres* de rayon, tandis qu'elle en atteignait 10 sur le versant du kératocône.

Presque toujours au moins à une période avancée du mal, on observe au sommet du kératacône une nébulosité légère et qui parfois devient plus saturée encore. Cela indique que la cornée a non-seulement changé de forme, mais qu'elle a souffert dans sa nutrition par suite de la distension de son tissu propre et par le fait de la pression qu'exercent les paupières sur le sommet du cône.

Par suite de tous ces défauts optiques de l'œil, auxquels il faut ajouter le rétrécissement du champ visuel dépendant de l'éclairage diffus des parties périphériques de la rétine, les malades atteints de kératacône s'orientent mal et ont presque l'aspect d'amaurotiques. Pour distinguer les objets ils les rapprochent énormement de l'œil, en même temps qu'ils tournent la tête et qu'ils clignent les paupières, comme pour en faire des fentes sténopéiques. De la sorte ils obtiennent des images rétiniennes plus grandes sans que les cercles de diffusion croissent en proportion. De plus l'orifice pupillaire se resserre et les images deviennent ainsi plus nettes. Notre malade, pour lire, plaçait le livre obliquement à deux pouces de l'œil, et même moins.

Quelle peut être la nature de cette singulière affection ? C'est ce que nous allons examiner.

Et d'abord il faut exclure toute idée d'une exagération de la tension intra-oculaire, qui n'est démontrée par rien et qui ne peut servir non plus à nous faire comprendre la forme hyperboloïde de la cornée.

Par contre, l'opalescence et la minceur très-grande du sommet de la cornée conique, comparées à l'état presque normal du reste de cette membrane, portent à penser qu'il s'agit là d'une altération de nutrition bornée au centre de la cornée. Mais de quelle nature est cette altération ? C'est ce qui nous reste à rechercher.

Græfe, frappé de l'amincissement très-grand du tissu cornéen, attribuait le kératocône à une *atrophie essentielle non inflammatoire de la région centrale de la cornée*, sans songer que la distension excessive suffit pour expliquer l'amincissement en question.

Hiss, en arrivant à produire artificiellement sur le lapin le kératocône, a fait faire un pas à la question, et les expériences que nous avons répetées nous-même sur cet animal nous ont convaincu que, si la solution complète du problème n'est pas encore trouvée, on n'en est plus très-éloigné.

On sait que Hiss est parvenu à son but en râclant, à l'aide d'une aiguille recourbée introduite dans la chambre antérieure, le milieu de la face postérieure de la cornée. Nous-même avons réussi à produire le kératocône de la sorte, alors que le raclage même profond de la face antérieure de la cornée n'a rien produit de pareil. De cette double expérience il nous est donc permis de conclure que la destruction de l'endothélium du centre de la cornée produit le kératocône, tandis que la destruction de l'épithélium de la face antérieure de celle-ci reste sans effet.

Pour bien saisir ce résultat, il faut ne pas perdre de vue les expériences toutes récentes de Th. Leber sur la transsudation de l'humeur aqueuse à travers la cornée. Tandis qu'on admettait jusqu'ici en physiologie que l'humeur aqueuse transsude constamment à travers la cornée, Leber est venu démontrer, à l'aide d'expériences ingénieuses, qu'à l'état normal la cornée ne laisse absolument rien passer de dedans en dehors tant que l'endothélium reste intact. Par contre cette transsudation se produit immédiatement sitôt que l'endothélium se trouve entamé, ne fût-ce que sur un point. De plus, et cela est très-important, cette transsudation et le trouble qui en résulte pour le tissu de la cornée restent toujours bornés à l'endroit privé d'endothélium, sans se diffuser autant.

Le même auteur a démontré que la lésion de l'épithélium ne favorisait en quoi que ce soit la transsudation en question.

Partant des faits expérimentaux en question, corroborés par nos propres expériences sur la production artificielle du kératocône nous nous trouvons conduit à penser que la lésion en question pourrait bien tenir à une lésion de l'endothélium du centre de la cornée. Celui-ci une fois détruit, on conçoit que la portion correspondante du tissu cornéen se laisse imbiber par l'humeur aqueuse au point de se ramollir, devenir opalescent et finalement se laisser distendre à l'excès. Comme alors le reste de la cornée pourvu de son endothélium ne subit aucune altération, on conçoit sans peine que la déformation de cette membrane se fasse non pas suivant un sphéroïde ou un ellipsoïde, mais sous la forme d'hyperboloïde de plus en plus accentué.

Pour achever cette démonstration et pour établir d'une façon définitive et indiscutable la pathogénie de cette affection, il suffirait d'une seule autopsie démontrant qu'en réalité dans le kératocône spontané l'endothélium du centre de la cornée est absent ou qu'il

est pour le moins altéré. Nous regrettons de ne pas avoir cette dissection ou, si elle existe dans la science, de ne pas la connaître encore.

En se plaçant à ce point de vue, on conçoit parfaitement que le kératocône puisse s'arrêter et même s'améliorer, pourvu qu'on supprime la région de filtration de la cornée, autrement dit le centre, ainsi que Græfe, guidé par des idées différentes, en a eu le premier l'idée.

Il se pourrait aussi que la lésion partielle de l'endothélium cornéal fût parfois congénitale et qu'elle prît de l'extension sous l'influence d'autres causes adjuvantes, telles qu'une inflammation ou une exagération de la tension de l'œil, la fatigue des yeux et des efforts corporels de toute sorte sans parler des maladies générales épuisantes.

Mais laissons là toutes ces hypothèses pour arriver à la question plus importante du traitement.

Nous ne parlons point des moyens médicaux et des divers topiques, ainsi que de l'occlusion, qui n'ont fourni jusqu'ici aucun résultat utile.

Les moyens chirurgicaux eux-mêmes n'ont donné que des résultats incomplets ou nuls.

C'est ainsi que les instillations d'atropine, les paracentèses répétées de la chambre antérieure double, l'iridésis de Bawman et l'iridectomie supérieure de Græfe n'avaient rien produit d'avantageux, lorsque ce dernier auteur eut l'idée neuve et hardie de modifier la partie centrale du cône en remplaçant le tissu aminci de la cornée en ce point par du tissu dense de cicatrice. Son procédé, aujourd'hui connu de tous, se résume à faire au sommet de la cornée une perte de substance de 2 à 3 millimètres de long sur 1 à 2 de hauteur et à cautériser ensuite le fond de cette cupule avec le crayon de nitrate d'argent mitigé (au 1/2), jusqu'à ce qu'on obtienne une petite ouverture de filtration et consécutivement la formation d'une cicatrice rétractile.

Bader de Londres prépara ultérieurement un autre procédé, qui consiste à exciser par transfixion un petit lambeau cornéal.

C'est ce procédé que nous avons suivi chez notre malade, dont nous allons relater l'histoire. Le résultat, sans être parfait, n'est pas non plus à dédaigner, ainsi que vous pouvez le constater sur l'œil opéré. Nous signalerons également le service très-grand que nous ont rendu les injections hypodermiques de morphine faites à la tempe : c'est grâce à elles que le larmoiement et la photophobie se sont dissipés, non-seulement sur l'œil opéré, mais aussi sur l'autre, également affecté de kératocône, quoique à un degré moindre.

Nous finirons ce qui a trait à cette communication par les dé-

tails de l'expérience sur le lapin, telle qu'elle a été rédigée par notre interne M. Nitot.

Double kératocône. — Astigmatisme irrégulier. — Hôpital Lariboisière.
(Observation recueillie par M. Nitot, interne du service.)

Echinard (Jean), 26 ans, journalier, salle Saint-Ferdinand *bis*, n° 4.

Antécédents. — Rien de semblable dans sa famille. Les parents ont une bonne vue. Aucun antécédent syphilitique, rhumatismal ou autre. Le malade est seulement lymphatique et débilité.

Renseignements.— Jusqu'à l'âge de 12 ans le malade, myope, avait les yeux normalement conformés, toutefois ils étaient un peu saillants; mais ce n'est qu'à partir de cet âge que la courbure des cornées s'est accentuée progressivement. En même temps la vue a sensiblement diminué.

Le malade entre à l'hôpital le 8 janvier 1878.

État actuel. — Le malade peut à peine se conduire, tellement est grande sa photophobie. Il en résulte un larmoiement continuel qui entretient une légère conjonctivite.

Les cornées des deux côtés sont très-saillantes, coniques, et la chambre antérieure est très-profonde.

L'œil droit paraît plus bombé que le gauche, et cette déformation est surtout appréciable quand on regarde la cornée de profil.

De face, le sommet du cône paraît tronqué, mais il n'en est rien; le cône est arrondi, semblable au sommet d'un œuf, vu par la petite extrémité. Cette apparence est due à la présence d'une nébulosité siégeant au sommet de chaque kératocône.

Examen le 10 janvier.

Œil droit. — S = 1/15. Le malade ne peut voir que de loin avec cet œil, et cela au moyen d'un petit artifice : avec le doigt il tire sur la commissure de sa paupière et la transforme en fente sténopéique; de cette façon il ne se sert pour les objets éloignés que de son méridien horizontal ou mieux oblique supéro-externe. L'œil gauche, au contraire, lui sert à voir de près.

Myopie. — Pas de staphylome postérieur ; toute la myopie dépend de la cornée.

Astigmatisme irrégulier. — En examinant le fond de l'œil à l'image droite on voit, à chaque mouvement de latéralité du miroir, l'image des vaisseaux décrire en sens inverse un mouvement d'étoile tournante spiroïde ayant pour axe la papille.

Celle-ci est plus blanche que celle du côté opposé ; ses contours sont irréguliers et sa forme varie à chaque inclinaison de la lentille.

A l'éclairage oblique on remarque que le sommet du cône est pourvu d'épithélium, et que la nébulosité qu'on y remarque siége dans l'épaisseur des lames cornéales. — *L'œil est mou.*

Œil gauche. — S = 1/40. A 1 pied de distance, à 6 centimètres de distance, le malade lit 1/3, toutefois en tournant fortement la tête de façon à voir par les parties latérales de sa cornée.

La papille est franchement ellipsoïde dans le sens transversal. Les mouvements d'étoile tournante sont moins prononcés ; l'astigmatisme est moins régulier.

Des deux méridiens principaux de la cornée le vertical est le moins myope.

Opération, le 10 janvier 1878, sur l'œil droit.

Chloroforme jusqu'à insensibilité complète de le cornée. Blépharostat. Pince à fixation.

Excision du sommet du cône au moyen du couteau de Græfe plongé pai transfixion ; puis avec des ciseaux courbes et des pinces à griffes, excision du lambeau.

L'humeur aqueuse s'écoule en abondance. La eornée, très-molle et très-mince revient sur elle-même. Les deux lèvres de la plaie viennent en quelque sorte s'affronter. Pas de suture. Atropine. Bandeau compressif. (Le lambeau cornéen est mis dans le liquide de Muller.)

11 *janvier*. — Pas de douleurs. On ne touche pas au bandeau.

12 *janvier*. — On enlève le bandeau. Lavage de l'œil sans ouvrir les paupières. Le bandeau est replacé.

13 *janvier*. — Examen de l'œil. La plaie n'est pas cicatrisée. La chambre antérieure n'est pas reformée. Instillation d'atropine. Bandeau compressif.

17 *janvier*.—La chambre antéricure n'est pas reformée, il existe au niveau de la plaie cornéenne un magma grisâtre qui continue le tissu cornéen. L'iris, à ee niveau, est adhérent sur un point. — *Même pansement. Occlusion.*

24 *janvier*. — La chambre antérieure se reforme. Sous l'influence de l'atropine, répétée 3 fois par jour, l'iris se dilate ; toutefois il existe une synéchie antérieure à la partie inférieure,

Instillation d'atropine 3 fois par jour $\frac{0,10}{30}$.

3 *février*. — Le malade a souffert cette nuit tout autour de l'orbite. La vision est abolie. Le malade distingue à peine la lumière d'une bougie comme au travers d'un voile épais. Œil injecté.

Champ visuel rétréci en haut et en dedans.

L'œil est dur. Il existe là une poussée glaucomateuse manifeste.

A quoi l'attribuer?

Le glaucome est-il dû à l'usage fréquent de l'atropine dans un œil où la cicatrisation cornéenne venant à se faire il n'existe plus à ce niveau de filtration ?

Doit-il, au contraire, être plutôt le résultat de la synéchie irienne ?

Quoi qu'il en soit, la tension de l'œil diminue notablement avec l'usage de l'ésérine.

Ésérine toutes les heures $\frac{0,20}{30}$.

4 sangsues à la tempe.

4 *février*. — Les douleurs ont cessé. La vision est aussi nette qu'auparavant ; l'œil a sa tension normale. On suspend l'ésérine.

6 *février*. — Les accidents glaucomateux ont repris. Ésérine.

7 *février*. — Cessation des douleurs. L'œil est devenu mou; on continue le collyre.

28 *février*. — A plusieurs reprises ont eu lieu de nouveau les accidents glaucomateux, qui n'ont cessé qu'avec l'usage continu de l'ésérine.

Iridectomie inférieure au niveau de la synéchie qui doit à jamais faire cesser tout accident.

1er *mars*. — Pas de douleurs. la chambre antérieure est reformée. La vue est plus nette.

Les jours suivants, il existe une photophobie interne qui ne cède qu'à l'usage répété d'injections de morphine à la tempe.

Chaque jour, injection de 10 gouttes d'une solution de chlorhydrate de morphine au $\frac{1}{50}$.

20 *mai*. — *État du malade.*

Au niveau du kératocône opéré, il existe un tissu de cicatrice blanchâtre dont les dimensions rappellent à peine celles du lambeau excisé.

Plus de photophobie. Le malade a les yeux grands et ouverts, et se conduit fort bien.

$$S = 1/5.$$

A 10 centimètres de distance, le malade voit 1/5, toutefois en clignant l'œil.

Au moyen d'une fente sténopéique transversale et d'un verre biconcave n° 8, la vision du malade est très-améliorée.

S = 1/5 à 20 centimètres de distance.

Expérience faite sur un lapin.

11 *janvier*. — Avec une aiguille à cataracte introduite dans la chambre antérieure, grattage et destruction de l'endothélium de la membrane de Descemet.

(Les deux yeux du lapin sont complétement pareils. Dans un faux mouvement du lapin pour se débattre, le cristallin est blessé.)

13 *janvier*. — La chambre antérieure est reformée et paraît un peu plus profonde que celle du côté opposé.

Il semble que la cornée tende à devenir plus proéminente ; mais cette apparence n'est appréciable qu'en regardant la cornée de profil.

(Cataracte traumatique.)

17 *janvier*. — La chambre antérieure devient de plus en plus profonde. La cornée présente nettement l'aspect d'une sorte de bouton de chemise pointu :

24 *janvier*. — Sur l'œil sain, destruction, par le grattage, de l'épithélium de la membrane de Bowmann.

28 *janvier*. — Cet épithélium s'est reformé entièrement, et la cornée n'a nullement modifié sa courbure.

On constate que sur l'œil malade le keratocône a diminué de hauteur. La cornée est moins conique et plus globuleuse.

11 *février*. — Le kératocône est moins saillant, mais cependant encore très-net.

On tue le lapin, et l'œil énucléé est mis dans un liquide conservateur.

Discussion.

M. GIRAUD-TEULON demande si on a fait l'examen histologique du lambeau enlevé, et il ajoute que si M. Panas n'a pas obtenu une amélioration de l'acuité visuelle, c'est que, dans la majorité des cas, cette amélioration ne se produit pas ; il a pu cependant observer deux individus sur lesquels l'opération de Bader a été faite et chez lesquels l'acuité visuelle a été augmentée. Il regarde l'opération de Bader comme une bonne opération qu'il faut encourager.

M. PANAS répond qu'il a été impossible de faire des coupes assez fines pour en tirer des résultats positifs.

M. TRÉLAT a opéré, il y a quatre ans, un malade par un procédé un peu différent de celui de Bader.

La Société se forme en comité secret.

La séance est levée à 5 h. 40 m.

Le secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 12 juin 1878.

Présidence de M. TARNIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance :

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine ;

2° Un mémoire du Dr Louis Roy intitulé : *De la Guérison prompte et durable du larmoiment*. Le fascicule des *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*. La *Revue mensuelle de la Société de médecine et de chirurgie ;*

3° Le *Lyon médical*, le *Bordeaux médical*, l'*Alger médical ;*

4° *Centralblatt für chirurgie, the British medical Journal,* la *Gazette médicale Italienne-Lombarde*.

Paris. — Imprimerie Paul Dupont, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) (811, 6-78.) *Le Gérant :* MASSON.

5° Une observation de trepanation, pour une plaie contuse du pariétal droit, par M. le Dr Chalot, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médccinc de Montpellier (Commissaires : MM. Trélat, Sée, Le Dentu.)

6° Un travail du Dr Dutrieux sur l'*ophthalmie d'Égypte*.

7° Une observation d'opération césarienne chez une femme dont le diamètre sacro-pubien mesurait à peine 5 centimètres, par le Dr Lizé du Mans, membre correspondant de la Société de chirurgie.

Lecture sera donnée de cette observation dans la prochaine séance.

8° Un mémoire de M. le Dr Demon, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, intitulé *De la périostite phlegmoneuse diffuse des maxillaires* et de la *phlébite suppurée des sinus de la dure-mère, consécutives à la carie dentaire*. (Commissaires : MM. Tillaux, Polaillon, Perrier.)

MM. Hergott et Denucé, membres correspondants, assistent à la séance.

A l'occasion du procès-verbal, la parole est demandée par :

M. Trélat. Je désire donner quelques renseignements sur l'opération que j'ai pratiquée, il y a cinq ans, sur un malade atteint de kératocône.

Ce malade, instituteur, avait un double kératocône beaucoup plus prononcé à gauche. Il présentait les troubles visuels de l'amblyopie myopique et, pour lire, il était obligé d'approcher les objets presque au contact de sa figure ; on pouvait le considérer comme aveugle.

Je me décidai à lui faire l'opération que je croyais être celle de de Græfe.

Vous vous rappelez que M. Panas a opéré son malade en lui disséquant un petit lambeau à l'extrémité conique de la cornée pour obtenir une cicatrice.

Dans l'opération que je pratiquai, la perte de substance fut faite sur la partie latérale de la cornée. Ce temps de l'opération est difficile, ainsi que l'a fait remarquer M. Panas : car, lorsqu'on veut faire une section de la cornée de dehors en dedans, on éprouve une résistance assez considérable, mais très-fugace. Je me suis servi d'un couteau neuf, avec lequel je fis une incision de la cornée en raclant ; j'enlevai ainsi un segment de la cornée, en section sphérique et je cautérisai la plaie avec du nitrate d'argent. Il n'y eut pas d'inflammation, la cicatrisation s'obtint facilement,

et, lorsque je présentai ce malade à la Société, 6 semaines après l'opération, cet homme pouvait lire des caractères moyens à une distance de 17 ou 18 centimètres.

L'opération que je pratiquai n'est pas, comme je le croyais, celle de de Græfe, mais je la crois préférable à celle de Bader ou à celle de M. Panas. Si j'avais à opérer de nouveau un kératocône, je serais assez disposé à faire subir à la cornée une perte de substance des deux côtés.

Rapport.

M. Houel lit le rapport suivant sur un cas de monstruosité recueilli à la ville de Santos (*Brésil*) par M. le Dr José Ribeiro de Sousa Fontes, médecin et membre du conseil de S. M. l'empereur du Brésil.

Vous avez chargé une commission, composée de MM. Nicaise, Marc Sée et moi, de vous rendre compte d'une observation qui vous a été adressée par M. le Dr José Ribeiro de Sousa Fontes, qui est membre du conseil de S. M. l'empereur du Brésil, ancien professeur d'anatomie descriptive de la faculté de Rio de Janeiro, inspecteur général du corps de santé et membre honoraire de l'académie de Rio de Janeiro. M. José Ribeiro vous a fait adresser cette observation par l'intermédiaire de M. Larrey, avec le désir qu'elle devienne pour lui un titre à l'appui de sa demande de membre correspondant étranger de notre Société.

L'observation de M. José Ribeiro est des plus intéressantes au point de vue tératologique, elle est relative à un enfant qui appartient à la famille des ectroméliens de I.-G. Saint-Hilaire. Cette famille, très-digne d'intérêt scientifique, a été au sein même de cette Société l'occasion d'un travail très-savant et très-complet de notre regretté collègue Debout. Notre collègue en vous faisant connaître tous les faits existants à cette époque, relatifs à l'ectromélie, avait surtout en vue l'étude des ressources mécaniques que la prothèse pouvait apporter pour rétablir les fonctions des membres frappés d'arrêt de développement. C'est par cette étude que le travail de notre collègue pouvait spécialement vous intéresser, et qu'il se rattachait aux travaux de la Société de chirurgie.

Dans le fait qui vous a été adressé par M. José Ribeiro, la prothèse ne me paraît pouvoir apporter que peu de ressource, et par conséquent peu d'amélioration dans l'avenir de cet enfant. Il s'agit donc d'un fait à peu près purement d'intérêt tératologique, mais qu'à cause de sa rareté j'ai cru devoir vous faire connaître en détail. Ces petits êtres, quoique profondément frappés dans leur développement, puisqu'ils peuvent être à peu près réduits exclusivement

au tronc, vivent néanmoins, quelquefois longtemps, ils acquièrent même une vieillesse relative, et par conséquent méritent au double point de vue scientifique et professionnel de fixer votre attention. M. Ribeiro a accompagné son observation de trois photographies représentant cet enfant à l'âge de 3 ans, il en avait 5 quand l'observation vous a été communiquée, et s'il a continué à vivre, comme cela est probable, cet enfant doit avoir aujourd'hui au moins 6 ans.

Cet enfant, dont je vous fais passer les photographies, est né à Saint-Sébastien, province de Saint-Paul (empire du Brésil). Il est né le 17 juin 1872, de parents sains qui n'avaient entre eux aucun lien de parenté; ses aïeux n'étaient également atteints d'aucune infirmité physique, ils étaient bien portants.

M. José Ribeiro vit cet enfant dans les bras de sa mère, qui le montrait pour implorer la munificence impériale, et il put se convaincre que la mère était robuste, son apparence extérieure dénotait la meilleure santé, le mari était également bien portant. Pendant sa grossesse, cette femme n'avait présenté rien de particulier.

L'enfant, qui depuis sa naissance s'est toujours bien porté, présente une tête et un tronc bien conformés, mais il est à peu près privé de membres supérieurs et inférieurs; la disposition présente, cependant, de notables différences à droite et à gauche.

Au côté droit et supérieur du thorax on distingue, dit M. Ribeiro, l'omoplate et la clavicule qui ont leur disposition normale. Le membre supérieur y manque complétement, les tissus qui couvrent l'épaule ont la forme d'un moignon très-régulier, semblable à celui qui résulterait de la désarticulation scapulo-humérale : l'on ne voit aucune trace de cicatrice.

Au côté droit, le membre abdominal manque absolument comme le membre thoracique, il n'existe à ce niveau aucune élévation, ni aucune dépression. Dans les masses musculaires qui forment la fesse, il n'existe rien qui puisse faire croire à l'existence d'une portion de fémur. Les tissus étaient entièrement flasques sur tous les points et couvraient l'os iliaque, que l'on sentait très-bien à travers leur épaisseur. Cette portion du tronc a la forme d'un moignon qui résulterait de la désarticulation coxo-fémorale, mais sans la moindre cicatrice ; seulement, au sommet du moignon il existe une dépression arrondie de la peau semblable à la cicatrice ombilicale.

Le côté latéral gauche du thorax, bien différent du droit, présente un rudiment de bras que l'on retrouve très-distinctement sur la photographie et qui est constitué par la partie supérieure de l'humérus. Ce moignon ressemble tout à fait à celui qui résulterait d'une amputation du bras dans la partie moyenne, et sur ce rudiment de bras existent 4 cicatrices de bouton de vaccin.

Sur ce même côté gauche, la hanche présente une disposition bien différente de ce que l'on observe à droite et même au bras gauche. Il existe un petit appendice dont la forme assez irrégulière simule une petite jambe suivie d'un très-petit pied terminé par le gros orteil. A l'intérieur des tissus mous, M. Ribeiro a pu reconnaître qu'il existait deux colonnes osseuses principales. La première de ces deux colonnes s'articule par son extrémité supérieure avec l'os iliaque et représente le fémur rudimentaire, elle en a tous les mouvements physiologiques. L'extrémité supérieure de la seconde colonne s'articule avec l'extrémité inférieure de la première et ne présente que de légers mouvements de latéralité. L'extrémité inférieure de cette seconde colonne se continue avec la partie supérieure de la première phalange du gros orteil, puis cette dernière avec la seconde; le gros orteil, assez bien conformé, présente à son extrémité un ongle.

L'intelligence de cet enfant était assez développée, tous les sens étaient parfaits, la sensibilité seule de la peau était plus développée dans l'extrémité du moignon brachial que sur le reste du corps.

Le tronc ne présente aucune lésion, les organes de la génération sont bien développés. J'ai déjà dit que l'enfant avait 3 ans quand M. José Ribeiro l'a examiné, et le tronc qui compose presque exclusivement ce petit être présentait les mesures suivantes :

De la tête aux fesses 57 centimètres, la circonférence du thorax au niveau des épaules 51 centimètres, la circonférence de l'extrémité pelvienne du tronc au niveau de la circonférence supérieure du bassin était de 53 centimètres. La portion de membre thoracique rudimentaire était de 7 centimètres. L'appendice pelvien avec le gros orteil mesurait 11 centimètres, dont 6 centimètres pour la cuisse.

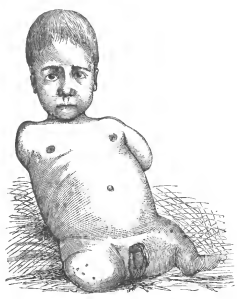
Maintenant que je vous ai fait connaître en détail les anomalies que présente cet enfant, il me reste pour terminer ce rapport à en déterminer le classement et à voir si la prothèse pourra lui être de quelque utilité dans l'avenir.

C'est la classification de I.-G. Saint-Hilaire qui me servira de guide, et il n'est point douteux que ce fœtus appartient à la famille des ectroméliens, qui comprend trois genres principaux. Les anomalies de cet enfant étant multiples et différentes pour chaque côté et pour chaque membre, il me semble appartenir à la fois à plusieurs genres de cette famille. M. José Ribeiro, considérant cet enfant comme digne d'un grand intérêt, se demande si cet exemple n'est point un fait unique dans la science; si l'on veut s'en rapporter aux détails précis de chacun des membres, cela est possible, mais la science enferme un certain nombre de faits qui,

pour chaque membre examiné isolément, reproduisent exactement l'arrêt de développement qui existe ici, quelques-uns de ces faits sont rapportés dans le travail de notre collègue Debout, et ils ont une grande analogie avec celui-ci. Du reste une chose qui m'a toujours vivement impressionné depuis que je m'occupe de tératologie, c'est que ces faits de monstruosité ne se produisent point au hasard, il existe des types principaux qui ont permis à I.-G. Saint-Hilaire de créer des familles naturelles qui comprennent un certain nombre de genres, et chacun des faits observés rentre dans ce cadre. Le célèbre tératologiste a pu même prévoir que certains types qu'il n'avait point sous les yeux, dont il ne connaissait point d'exemples, devraient se rencontrer un jour ; c'est ce qui est arrivé, et j'ai eu le bonheur déjà d'en décrire quelques-uns.

L'enfant dont l'observation vous a été présentée appartient incontestablement par la nature des mutilations qu'il présente à la famille des ectroméliens ; si l'on examine seulement le côté droit, il appartient au troisième genre, au genre ectromèle; par son côté gauche, il appartient pour le membre supérieur et inférieur aux hémimiles, puisqu'il possède la moitié supérieure du bras, et par son membre abdominal il présente un rudiment de membre inférieur terminé par un doigt.

M. José Ribeiro soulève à cette occasion pour ce fœtus la



question des amputations spontanées, et avec juste raison il conclut à l'arrêt de développement. Les amputations spontanées ne

pourraient point être invoquées pour le côté droit du tronc, à gauche la théorie des amputations spontanées pourrait être discutée pour le bras, mais l'arrêt de développement peut seul expliquer l'anomalie du membre inférieur. Il s'agit donc ici d'un enfant appartenant à la famille des ectroméliens, au genre hémimile pour le côté gauche et ectromèle pour les membres du côté droit. C'est à cette différence surtout pour les deux moitiés du côté du corps que cet enfant emprunte son intérêt tératologique et qu'il devient un fait rare dans la science.

Quant à la prothèse, elle ne pourra offrir dans ce cas particulier aucune ressource par le côté droit. Pour le côté gauche, elle sera également nulle avec ce rudiment de membre inférieur. Pour la prothèse du membre thoracique, comme il existe un moignon assez long pourvu de muscles, il serait peut-être possible de lui appliquer le bras artificiel de M. Van Peetersen ou de M. de Beaufort. Le but de cet appareil ne serait point ici de cacher la difformité, mais d'être un appareil de préhension qui pourrait être très-utile pour ce petit être quand il sera arrivé à l'âge adulte. J'ai l'honneur de vous proposer de déposer aux archives l'observation et d'inscrire M. José Ribeiro sur la liste des candidats au titre de membres correspondants étrangers.

Discussion.

M. Trélat. Je voudrais faire remarquer que la lecture des faits antérieurement connus d'ectromélie peut me permettre d'énoncer la proposition suivante :

Il n'y a pas incompatibilité entre les amputations spontanées et les ectromélies par arrêt de développement.

On trouve souvent, sur le même sujet, des déformations qui ne peuvent s'expliquer que par des amputations spontanées, et des déformations qui tiennent à des arrêts de développement ; on trouve ainsi des moitiés d'os complets qui sont la suite d'amputation spontanée et, sur une autre région, des membres tout à fait incomplets qui ne peuvent s'expliquer que par un arrêt de développement.

Toutes les déformations congénitales ne tiennent pas à des arrêts de développement de la période embryonnaire, il y en a qui se produisent à une époque plus avancée ; ainsi on comprend facilement qu'une bride amniotique amène d'un côté un arrêt de développement et de l'autre soit la cause d'une amputation spontanée. On rencontre souvent des enfants qui viennent au monde avec la marque d'une violente constriction, qui persiste toute la vie et qui se trouve être le point de départ d'accidents variés, tels que varices ou éléphantiasis.

Je crois pouvoir soutenir que ces deux lésions ont souvent une même cause.

M. Houel. Je n'ai pas voulu examiner la question des amputations spontanées, car je crois qu'il est impossible de les admettre dans le fait dont je viens de vous entretenir.

Ainsi, chez cet enfant on constate un fémur tout à fait rudimentaire terminé par un gros orteil avec un ongle, je ne crois pas que l'on puisse admettre d'autre explication que celle d'un arrêt de développement, c'est un vrai cas d'ectromélie.

M. Trélat. Chez les enfants dont les premiers phénomènes de la vie embryonnaire ont été complets et qui viennent au monde avec des déformations des membres, je crois qu'il est rationnel de rapporter ces vices de conformation à des causes mécaniques extérieures, et je suis disposé à admettre que le même mécanisme peut expliquer un arrêt de développement et une amputation spontanée.

Ainsi chez les phocomèles, il n'y a aucun organe de retranché, mais, vu l'époque de la formation du membre, on ne peut pas expliquer ce vice de conformation par un trouble de l'axe cérébro-spinal et je me crois en droit de soupçonner un traumatisme extérieur.

M. Blot. Je crois que M. Trélat est trop exclusif, on rencontre des cas d'ectromélie dans lesquels les quatre membres sont atteints. J'ai recueilli un fait de ce genre, et si l'enfant n'avait pas présenté un vice de conformation de la paroi abdominale, il aurait pu être considéré comme complet. Dans ce cas il est impossible de songer à des brides extérieures, mais, comme il y avait hydroamnios, on peut admettre que la compression a pu s'effectuer sur les centres nerveux et produire la déformation des membres. Je crois que les causes sont multiples.

M. Trélat. Le cas dont vient de nous parler M. Blot est un arrêt de développement ayant pour point de départ la première époque de la vie fœtale, je ne puis m'en occuper, ce ne sont pas ces faits que j'ai en vue.

Les conclusions du rapporteur sont mises aux voix et adoptées.

Élection.

La Société procède à l'élection d'un membre titulaire. La commission avait proposé la liste suivante.

1o M. Berger.
2o M. Terrillon.
3o Ex-æquo MM. Nepveu et Pozzi.

Au premier tour de scrutin, M. Berger obtient 22 voix, M. Terrillon 4, M. Pozzi 2.

En conséquence, M. le président proclame M. Berger membre titulaire de la Société de chirurgie.

Lecture.

M. Le Dentu fait une lecture sur une opération de bec-de-lièvre.

Bec-de-lièvre double compliqué de saillie des os inter-maxillaires; division médiane et complète de la voûte palatine et du voile du palais. — Opération. — Guérison.

Au mois de septembre 1877, on me fit voir, en province, un enfant atteint de la difformité indiquée dans le titre qui précède. Je jugeai le cas opérable, mais je préférai remettre toute tentative au moment où l'enfant aurait deux ans révolus.

On me l'amena à Paris, en avril 1877, il fut admis dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marguerite.

État au moment de l'entrée : Vu de face, l'orifice buccal présente les particularités suivantes : Immédiatement au-dessous du lobule du nez est appendue une tumeur ronde, ayant le volume d'une petite châtaigne, l'aspect blanchâtre de la muqueuse palatine, recouverte, en avant et en haut, d'une languette de peau qui est en continuité, par une partie étranglée avec la peau du lobule nasal, et se termine en angle arrondi à sa partie inférieure, après avoir atteint dans sa plus grande longueur un peu plus d'un centimètre. La hauteur est à peu près égale à la largeur.

De chaque côté de cette sorte de tubercule cutané déborde le tubercule cartilagineux.

Les deux parties latérales de la lèvre supérieure bordent une large fente qui aboutit, par en haut, à une narine largement ouverte. La partie postérieure de la narine et la partie voisine de la lèvre sont solidement adhérentes au bord antérieur du maxillaire supérieur.

Une fissure, ayant un peu moins d'un centimètre de large, sépare les deux maxillaires supérieurs et se continue en arrière avec la fissure du voile du palais, qui est largement béante.

Les bords alvéolaires des maxillaires supérieurs s'opposent très-bien au bord supérieur du maxillaire inférieur, sauf en avant bien entendu, où le tubercule cartilagineux déborde beaucoup les incisives inférieures. Ce tubercule porte deux dents qui ne sont qu'imparfaitement dégagées de leurs alvéoles.

Les lèvres offrent une épaisseur convenable. L'enfant est robuste, bien portant, et s'alimente facilement.

Il est intéressant de noter qu'un frère de cet enfant est né avec une petite encoche latérale de la lèvre supérieure.

La saillie du tubercule est si prononcée, l'écartement des deux maxillaires supérieurs est en même temps tellement en disproportion avec ses dimensions, qu'on ne peut songer à refouler ce tubercule en arrière, et que la méthode de Franco se présente comme la seule applicable. Mais je remarque qu'aucune pince de Liston ne pourra aisément couper le pédicule de ce tubercule, quelle que soit la direction de ses branches, et je fais construire par M. Collin une sorte de triquoise à branches courbes assez longues pour embrasser dans toute son étendue le pédicule du tubercule. Les bords sont mousses de manière à couper par écrasement plutôt que par section nette.

Je procède le 9 mai au premier temps de l'opération, à l'excision du tubercule, après en avoir détaché le tubercule cutané au moyen d'un petit serre-nœud.

L'application de pinces hémostatiques en forme d'un petit quadrilatère percé à jour, suffit pour l'hémostase immédiate. Au bout de quelques minutes, les pinces sont enlevées.

Un petit bandage appliqué les jours suivants refoule le petit tubercule cutané en arrière, vers la bouche.

Le 23 mai, je pratique l'opération suivante :

1er *temps*. — Dissection des adhérences de la lèvre supérieure et des ailes du nez avec les maxillaires supérieurs. Après avoir essayé de détacher ces adhérences avec un petit écraseur, j'y renonce à cause de quelques difficultés d'application et je reprends le bistouri ; des morceaux d'éponge arrêtent l'hémorrhagie.

2e *temps* — Avivement du tubercule cutané. La partie la plus élevée de chaque bord est réservée pour constituer la moitié antérieure de la narine. Sur le reste du tubercule, la section par le bistouri ne reste pas partout à la même distance du bord libre ; elle est dirigée de telle sorte que la ligne d'avivement représente quatre lignes droites se réunissant à la partie inférieure du tubercule cutané et sur ses deux côtés.

Sur les parties latérales de la lèvre supérieure, l'avivement est pratiqué de la manière suivante :

Le bistouri, après avoir été plongé à environ 5 millimètres du bord muqueux, est dirigé en haut et en dedans vers un point de la portion verticale de ce bord situé à un demi-centimètre de la partie postérieure de l'aîle du nez. De cette section il résulte un lambeau destiné à être rabattu au-dessous du tubercule cutané et suturé avec ce dernier et le lambeau du côté opposé, taillé de la même manière.

Je place d'abord trois points de suture (fil d'argent) de chaque côté, le premier immédiatement au-dessous de la narine, le second au niveau de l'angle formé par le renversement du lambeau taillé sur chaque moitié latérale de la lèvre, le troisième un peu en dehors de la pointe du tubercule cutané.

Un dernier point, médian et inférieur, réunit les deux extrémités des lambeaux latéraux au dessous du tubercule cutané.

De chaque côté les deux fils supérieurs passent dans une petite

plaque de plomb interposée entre la langue et la face postérieure des lèvres.

Les deux fils supérieurs sont enlevés au bout de 8 jours ; les trois inférieurs au bout de 10 jours, les deux moyens après 14 jours.

La réunion a réussi dans toute l'étendue de l'affrontement. Le résultat est excellent, sauf un petit détail observé fréquemment à la suite des opérations de ce genre. Je n'ai pas échappé entièrement à l'écueil de l'encoche médiane de la lèvre supérieure, malgré le soin que j'ai pris de tailler les lambeaux longs et épais. Mais ici l'encoche est très-peu marquée et n'altère pas d'une manière disgracieuse la forme du bord libre de la lèvre.

Le lobule du nez est légèrement attiré en bas ; la lèvre inférieure paraît relativement un peu trop longue, mais seulement lorsque l'enfant pleure.

La publication de ce fait me fournit une occasion de communiquer à la société l'observation restée incomplète d'un bec-de-lièvre compliqué que j'ai commencé à traiter à l'Hôtel-Dieu en 1876.

L'enfant qui en était porteur était âgé de 18 à 20 mois, chétif et mal venu. Une vaste fente faisait largement communiquer les fosses nasales avec la cavité buccale. Un tubercule intermaxillaire arrondi, appendu au bout du nez occupait une petite partie de l'intervalle compris entre les deux portions latérales de la lèvre supérieure. Je résolus d'en tirer parti pour boucher en avant la fente intermaxillaire, mais voulant éviter la perte du sang qui devait résulter de la section de la cloison nasale avec un instrument tranchant, je fis construire un instrument formé de deux branches en arc terminées inférieurement par une plaque triangulaire. Les deux plaques pouvaient être adaptées de chaque côté de la cloison, rapportées par une vis au point d'exercer une compression capable de mortifier les issues en peu de temps.

C'est ce qui eut lieu. L'instrument resta en place 48 heures ; l'eschare se détacha en quelques jours. La mobilisation du tubercule était obtenue ; mais les bords de la solution de continuité s'ulcérèrent. L'enfant fut pris de diarrhée. Sa mère, sur mon conseil, l'emmena à la campagne, son état continua à s'aggraver et il succomba au bout de quelque temps.

Communication.

M. Denucé. Il y a dix ans, j'ai opéré un polype naso-pharyngien présentant un énorme prolongement dans la fosse ptérigo-maxillaire, que j'opérai de la manière suivante.

Je fis 3 incisions à la peau que je rabattis comme une porte qui me permit de pénétrer dans les fosses nasales; mais, cette voie n'étant pas suffisante, je fus obligé de pratiquer une resection partielle du maxillaire supérieur.

Pour détruire le prolongement ptérigo-maxillaire, j'appliquai

l'écraseur linéaire qui laissa écouler une assez grande quantité de sang. Je fis 3 applications successives de flèche de pâte de Canquoin longues de 8 centimètres ; toute la tumeur tomba. Le pédicule fut détruit avec la pâte de Canquoin et la guérison fut complète.

J'obtins ainsi par la voie nasale un excellent résultat, mais tous les polypes pharyngiens ne se ressemblent pas, les uns sont dans les fosses nasales, les autres dans le pharynx; doit-on employer le même procédé dans les deux cas? je ne le pense pas. Les premiers doivent être attaqués par la voie nasale et les seconds par la voie palatine. Voici une observation qui me permet d'appuyer cette opinion.

Jean Ribeyre, âgé de 21 ans, entra en novembre 1877, dans mon service, avec un volumineux polype dont il souffrait depuis 3 ans.

Dans la narine gauche, on observait une grosse tumeur rouge qui s'étendait dans le fond de la gorge. En explorant avec une sonde de femme, je pus reconnaître le pédicule à la partie supérieure et, en explorant avec le doigt la région pharyngienne, je constatai que le polype formait une volumineuse tumeur dans le pharynx que je pus contourner jusqu'au pédicule qui se trouvait à la région basilaire.

Le malade désirait vivement ne pas avoir de balafre sur la figure et je me décidai à tenter l'ablation par la voie palatine.

La section du voile du palais me fit mettre à nu le polype que je me décidai à attaquer par une méthode un peu oubliée de nos jours, la ligature. J'employai le porte-nœud de M. Hutin, avec lequel je plaçai une anse de fil derrière le polype; avec la sonde de Belloc, je fis passer les deux chefs de l'anse de chaque côté du polype, et je les plaçai dans un serre-nœud en acier. Cette première ligature ne fit tomber que le quart de la masse.

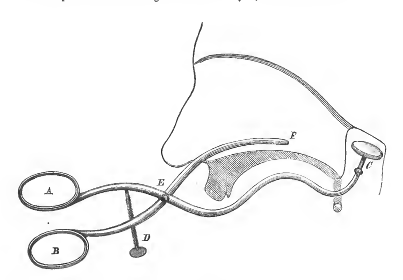
Je fis une nouvelle application de mon anse que je guidai, grâce à une sonde, jusqu'au pédicule. Le sixième jour, le serre-nœud se détacha et on put faire l'extraction du polype par la fosse nasale. Mais ce morceau du polype avait 10 centimètres de long, sur 3 ou 4 de largeur, aussi l'extraction fut-elle très-pénible.

En explorant le pharynx avec le miroir, je pus constater la présence du pédicule, que je crus nécessaire de détruire par la cautérisation. Pour y parvenir, je fis construire une pince, composée de deux branches, munie d'une articulation mobile comme celle du forceps. La longue branche A de cette pince porte des ondulations moulées sur les courbures multiples que présentent l'arcade dentaire et la voûte palatine. A l'extrémité de cette branche se trouve une petite cupule plate C un peu mobile, à frottement, ce qui lui permet de prendre une position légèrement inclinée

et de s'adapter à la direction un peu inclinée de l'apophyse basilaire contre laquelle doit être appliquée cette cupule.

L'autre branche plus courte B, est destinée à être placée dans la narine et à s'appuyer sur le plancher de la fosse nasale.

La cupule étant chargée du caustique, fut introduite entre les



lèvres du voile du palais incisé et portée contre l'apophyse basilaire. La branche courte fut introduite dans les fosses nasales, puis ramenée vers l'articulation de la pince E. Une vis sans fin D permet de les rapprocher ou de les écarter, et d'obtenir ainsi une application très-exacte contre l'apophyse basilaire.

Cette cautérisation amena une salivation considérable et l'escarre se détacha le septième jour. Je fis une seconde, puis une troisième cautérisation avec la pâte de Canquoin; mais, comme il restait encore une portion du pédicule, je fis une quatrième cautérisation avec le caustique Filhos. Cette cautérisation s'accompagna de douleurs très-vives, mais la destruction fut complète et définitive.

Je me proposais de faire la suture du voile du palais, mais l'incision se guérit seule et le malade ne présente même pas de nasonnement.

Voici donc un malade porteur d'un très-volumineux polype que je fus sur le point d'opérer par la face, et que je pus guérir par un procédé beaucoup plus simple.

Je crois donc que l'on peut admettre deux formes de polypes naso-pharyngiens, l'une justiciable de la méthode nasale, l'autre de la méthode pharyngienne. De plus, je crois que l'on peut conclure que la ligature est un bon procédé, un peu trop oublié et que l'in-

cision simple du voile du palais n'offre pas d'inconvénients très-sérieux.

M. Hergott. Je regarde le traitement des polypes nasopharyngiens, comme une chose difficile et surtout comme un traitement ingrat, car on n'est pas toujours certain de pouvoir faire tomber le polype.

Mais le côté le plus difficile de cette question est de se mettre à l'abri des récidives, car il y a un âge auquel les polypes fatalement repoussent.

Je crois que pour éviter la récidive, il faut détruire avec le plus grand soin le pédicule et pour y parvenir, il est indispensable de recourir à l'emploi du miroir laryngoscopique, pour bien se rendre compte de l'implantation du pédicule.

Dans un cas où je n'avais pas pris cette précaution, j'ai vu le polype repousser. Aussi depuis cette époque j'ai eu recours à ce mode d'examen, qui me permit de bien explorer le point d'implantation, que je détruisis en raclant avec une rugine la base du crâne.

Je croyais qu'il était nécessaire d'employer une certaine force pour ruginer l'apophyse basilaire, mais j'ai reconnu que c'était inutile, et avec une tige d'acier courbe j'ai pu racler jusqu'à l'os ; pour savoir toujours à quel point j'en étais, je me guidai avec le miroir.

Je crois que si on n'emploie pas ce moyen, on peut laisser une partie du pédicule.

La destruction du pédicule par la pâte de Canquoin est certainement un excellent moyen, mais il est difficile à mettre à exécution, car on a une véritable difficulté à la laisser longtemps exactement appliquée.

M. Denucé. Je crois que les polypes récidivent toujours, particulièrement ceux qui sont appliqués à l'apophyse basilaire ou à l'os sphénoïde ; de plus la récidive se fait encore plus rapidement chez les enfants.

Je regarde la cautérisation comme une méthode bien préférable à la rugination, qui n'est pas sûre ; tandis qu'avec une cautérisation bien faite, avec un caustique non coulant, on peut être certainement à l'abri de la récidive.

Je me suis servi, pour diriger la cautérisation, du miroir laryngoscopique, et c'est pour cela que je crois avoir obtenu une guérison définitive.

Présentation d'instrument.

M. Duplay présente de la part de M. Aubry, fabricant d'instruments, une trousse pour le chloroforme. Cette trousse contient, 1° un cornet destiné à entourer les narines ; 2° le flacon à chloroforme ; 3° une bonne pince qui n'a pas le danger d'écorcher la langue.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,
Horteloup.

Séance du 19 juin 1878.

Présidence de M. Tarnier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de Paris, la France et l'étranger;

Le *Bulletin général de thérapeutique,* les *Annales de Gynécologie*, les *Archives de médecine navale.*

2° Le *Bordeaux médical*, le *Lyon médical.*

3° La *Gazette médicale de Barcelone*, *The British medical journal*, la *Gazette médicale Italienne Lombarde*, *Centralblatt fur Chirurgie*, la *Gazette médicale de Turin*, la *Gazette de santé militaire de Madrid.*

4° Une lettre de M. le Dr Fleury, de Clermont, membre correspondant, accompagnée de l'observation suivante recueillie en 1845. Cette observation, lue en séance par M. le secrétaire général, porte le titre suivant :

Calcul vésical formé autour d'une alène de cordonnier. — Cystotomie bi-latérale. — Guérison.

Marmontel (Charles), âgé de 35 ans, natif de Marlate (arrondissement de Mauriac, département du Cantal), doué d'une constitution vigoureuse, ayant toujours joui d'une bonne santé, partit, il y a quatre ans, pour le Mexique, où il travaillait sur les ports.

Il éprouva il y a deux ans pour la première fois des douleurs au bas-ventre, de la chaleur à l'extrémité du gland et de la difficulté pour

uriner. Ce malaise persista huit à dix jours et céda assez promptement à des bains locaux et à quelques bains de rivière.

Marmontel eut, cinq mois après, quelques accès de fièvre intermittente qu'il attribua au séjour qu'il avait fait dans un lieu humide ; elle céda au bout de 12 jours, mais bientôt de nouvelles douleurs se firent sentir à la région de la vessie, au gland, au périnée; l'urine perdit sa transparence et laissa déposer au fond du vase un sédiment blanchâtre ; quelques graviers furent rejetés par l'urèthre ; blancs dans le principe, la dessiccation les réduisit en une poussière analogue à de la farine, plus tard ils prirent une couleur gris de fer.

La maladie fit bientôt des progrès tels qu'au mois de janvier 1845, tout travail devint impossible et il se vit forcé d'entrer à l'hospice de la Vera-Cruz. Des sangsues en grand nombre furent appliquées au bas-ventre et au périnée, on administra des bains de siége et bientôt le cathétérisme fit reconnaître la présence d'un calcul dans la vessie. Le chirurgien chargé du service ne voulut pas l'opérer, prétextant qu'il n'avait pas les outils nécessaires, et l'engagea à retourner dans son pays. Marmontel s'embarqua pour la France, passa quelques jours dans sa famille et se présenta à l'hôtel-Dieu de Clermont, où il fut reçu le 30 août.

Les douleurs qu'il éprouvait lorsqu'il voulait uriner étaient horribles et le forçaient de s'accroupir comme pour aller à la selle. Soutenant d'une main le périnée et serrant de l'autre fortement le gland, il rejetait péniblement quelques gouttes d'urine et, dans les efforts qu'il faisait, des matières fécales s'échappaient du rectum. Il était forcé, en marchant, de prendre les plus grandes précautions pour calmer des douleurs, que le moindre faux pas rendait excessives.

Dans l'intervalle de ces crises, l'urine sortait involontairement et le malade avait été dans la nécessité d'adapter à l'extrémité de la verge une vessie pour la recueillir. Le vase dans lequel il les rendait contenait un dépôt glaireux mêlé à une grande quantité de matières purulentes. La portion du périnée la plus rapprochée de l'anus était très-douloureuse à la pression.

L'état général est bon néanmoins, l'embonpoint est conservé, les principales fonctions de l'économie s'exécutent bien ; le facies présente cependant un légère altération qui exprime l'état des souffrances auxquelles Marmontel est en proie depuis 15 mois; la peau du visage offre une coloration d'un jaune paille.

Une sonde est introduite dans la vessie ; le canal de l'urèthre est libre, le contact de l'instrument avec la membrane muqueuse qui le tapisse n'en est pas moins très-douloureux. Les tentatives d'exploration sont difficilement supportées et n'amènent aucun résultat. Le malade assure cependant qu'à l'hôpital du Mexique on a constaté l'existence d'une pierre. Je retire alors le mandrin qui bouche les yeux de la sonde ; l'urine s'écoule et le bec de l'instrument rencontre le calcul ; mais déjà, à ce moment, les douleurs sont excessives, et je suis forcé de retirer la canule, pour ne pas les prolonger plus longtemps. Les mêmes douleurs se reproduisent dès que la vessie est vide.

La sensibilité des voies urinaires est telle, le contact des instruments si difficilement supporté, que le broiement du calcul ne paraît pas possible. Je me décide alors à pratiquer la cystotomie, par la méthode bi-latérale, afin d'avoir une ouverture assez grande. L'instrument est ouvert au n° 18.

Quelques bains sont préalablement administrés au malade ; un purgatif est donné la veille de l'opération, qui a été pratiquée le 6 septembre.

Un cathéter volumineux est introduit dans la vessie, les parties molles situées au devant de l'anus divisées ; la portion membraneuse de l'urèthre est découverte ; la cannelure du cathéter mise à nu et la pointe du lithotome double glissée sur elle. Ces premiers temps de l'opération ont été promptement exécutés. Les branches de l'instrument, en s'ouvrant dans la vessie, ont rencontré le calcul, qui s'est opposé à ce qu'elles soient déployées librement, mais c'est surtout pour les retirer que j'ai éprouvé la plus grande difficulté ; ce n'est qu'avec peine qu'elles ont pu être dégagées, et le tranchant de la branche droite s'est émoussé en frottant sur un corps très-dur, que j'ai cru être la pierre.

L'indicateur de la main gauche introduit dans la plaie, j'ai senti un corps pointu, très-dur, dont l'extrémité m'a paru implanté dans les parois de la vessie au niveau de son col. J'ai d'abord pensé que c'était l'extrémité d'un calcul qui s'engageait dans son ouverture et j'ai glissé sur le doigt des tenettes, croyant pouvoir le saisir avec facilité. Leurs cuillers ont saisi et ramené une pierre volumineuse, mais qui s'est écrasée sous leur pression ; une seconde exploration ayant été faite, le même corps dur a été senti ; une nouvelle. introduction de tenettes a de nouveau ramené un fragment de calcul, sans entraîner néanmoins le noyau consistant, dont les rapports avec le col de la vessie étaient les mêmes.

Voyant l'inutilité de pareilles tentatives, je cherchai à le déplacer au moyen du bouton qui termine l'instrument conducteur des tenettes. Son extrémité engagée au-dessus de lui me permit de lui imprimer un léger mouvement de bascule qui l'abaissât. Les tenettes introduites de nouveau dans la vessie le saisirent par son extrémité inférieure et la ramenèrent à l'extérieur.

Nous ne fûmes pas peu surpris en reconnaissant une alène de cordonnier, encroûtée de substance saline dans toute son étendue ; d'une longueur de 6 centimètres, ses deux extrémités seules n'étaient point recouvertes de concrétions calculeuses ; l'une d'elles, l'inférieure, était fixée à la face interne de la vessie près du col, ce qui en avait rendu l'extraction difficile ; à chaque tentative les tenettes la saisissaient par sa partie moyenne et écrasaient entre leurs branches le calcul qui l'enveloppait, mais le noyau métallique conservait toujours sa même position ; ce n'est qu'au moment où l'une de ses extrémités a pu être ramenée à l'extérieur qu'il a été possible de l'extraire.

La difficulté qu'ont éprouvée à s'ouvrir les branches du lithotome était l'effet de l'obstacle apporté par la tige métallique ; il en est ré-

sulté une étroitesse de la plaie telle que les manœuvres en ont été rendues plus pénibles.

Deux injections d'eau de guimauve tiède faites dans la vessie, le malade a été rapporté dans son lit; il n'y a pas eu la moindre hémorrhagie, à peine s'est-il écoulé une cuillerée à bouche de sang.

Marmontel, aussi étonné que nous en voyant l'alène qui était devenue le noyau du calcul, cherche à rappeler ses souvenirs et nous dit que, il y a 15 ans, travaillant à Bourges, chez un cordonnier, pendant qu'il dormait la bouche ouverte, ses camarades lui touchèrent le fond du gosier avec un instrument qu'ils échappèrent, et qu'il éprouva à l'instant même en se réveillant une gêne légère; mais, cette sensation ne s'étant pas prolongée, il n'y fit aucune attention.

Je n'attachai d'abord aucune confiance à cette version, bien convaincu que l'alène avait dû être introduite par le méat urinaire, et je recommandai aux élèves de ne plus lui reparler de ce fait, voulant moi-même dans un entretien particulier tâcher d'arriver à la vérité; il persista dans ses dénégations avec une apparence de bonne foi qui pouvait inspirer quelque confiance dans son récit. Je me réservai néanmoins de lui renouveler ma demande lorsqu'il sortirait de l'hôpital, parce qu'alors quittant Clermont il lui en eût moins coûté de faire un aveu qui pouvait l'humilier que dans le moment où il s'y trouvait; mais sa narration fut toujours la même. De nouveaux faits ont pu, quelques jours après, la rendre plus vraisemblable.

Les douleurs que le malade a ressenties après l'opération ont eu leur siége à l'extrémité de la verge, elles ont été très-vives pendant plusieurs heures; dans la journée et le lendemain quelques graviers ont été entraînés par l'urine, les plus gros sont sortis par la plaie, quelques-uns plus petits ont traversé l'urèthre; il n'est survenu du reste aucun accident, l'abdomen est resté indolent, l'inflammation circonscrite aux lèvres de la plaie; le lendemain le malade demandait avec instance des aliments (de légers potages ont été permis).

9.—L'amélioration persiste, l'appétit est vif (quart de portion); le surlendemain Marmontel mange la demie, qui n'est bientôt plus suffisante.

13.— Sept jours après l'opération le malade, dont l'état est toujours excellent nous dit que des vents s'échappent par la plaie et par la verge, ceux qui sortent de l'urèthre le font avec bruit. Je craignis que le rectum n'eût été intéressé pendant l'opération, mais Marmontel me rassura bientôt en me disant que cela ne l'étonnait guère, car le même phénomène se reproduisait depuis longtemps et son urine moussait comme de la bière en faisant entendre quelquefois le bruit que détermine en s'échappant le gaz acide carbonique.

Le doigt introduit dans le rectum trouva à 8 ou 10 millimètres audessus de l'anus une petite ouverture circulaire, déprimée en cul de poule et dont les bords paraissent amincis; nul doute que c'est par cet orifice qu'une communication s'est établie entre le rectum et la vessie, une petite sonde en gomme élastique munie d'un mandrin et fortement recourbée à son extrémité est introduite dans cette ouverture, elle est facilement sentie par un stylet glissé entre les lèvres de la plaie.

Jusque-là il n'a pas remarqué que l'urine se soit échappée par le fondement, mais le liquide d'un lavement qu'on lui a administré la veille est ressorti presque entièrement par la plaie.

Il était intéressant de savoir si avant l'extraction de ce corps étranger les digestions avaient été pénibles, laborieuses, la défécation difficile, s'il urinait par l'anus; il répond à nos demandes en nous assurant qu'il n'a fait à cet égard aucune remarque; il rendit une fois, nous dit-il, dans un violent effort pour aller à la selle, une petite quantité de pus mêlé aux matières.

15 *septembre*. — L'urine commence à passer par la verge.

6 *octobre*. — La plaie est entièrement cicatrisée. Marmontel quitte l'hôpital le 15; il passe beaucoup moins d'urine par le rectum, quelques gaz s'échappent encore par la verge; depuis cette époque je n'en ai pas entendu parler.

Les observations de corps étrangers trouvés dans la vessie et encroûtés de sels calcaires ne sont assurément par rares dans la science, mais il serait difficile d'en trouver un exemple plus remarquable que celui-ci. Si les douleurs qu'éprouvent les calculeux sont plus vives lorsque la vessie s'est débarrassée de l'urine qu'elle contient, parce qu'alors ses parois viennent coiffer la pierre, on comprend que chez notre malade elles devaient être bien aiguës, puisque c'étaient les pointes d'une tige métallique qui étaient en contact avec sa membrane muqueuse; on s'explique aussi très-bien cette sensibilité si vive au toucher lorsqu'on pressait sur le périnée; il est seulement étonnant qu'après plusieurs tentatives pour retrouver ce corps étranger, qu'après des manœuvres répétées dans un organe malade, il ne soit pas survenu des accidents plus formidables et que l'inflammation catarrhale qui existait à la vessie depuis longtemps n'ait pas été exaspérée, et nous ne pouvons en trouver la cause que dans la bonne constitution de notre malade, la force de son caractère et le bon état de son moral. Cet homme, accoutumé à des travaux pénibles, couchant toujours sur la dure, avait un appétit extrême et n'aurait pu supporter la diète; dès le lendemain de l'opération il demandait à manger et chaque jour il fallait augmenter la dose des aliments. Le surlendemain même il voulait se lever et il a fallu pour l'en empêcher lui faire sentir les conséquences fâcheuses que pourrait avoir pour lui une telle imprudence.

Il serait bien extraordinaire qu'une tige métallique de cette longueur ait pu parcourir le canal intestinal par la cloison recto-vésicale sans avoir déterminé des accidents. Que serait-elle devenue pendant 15 ans? Ce problème paraît tellement insoluble qu'il serait plus rationnel d'admettre qu'elle a pénétré directement dans les voies urinaires, ulcéré les parois de la vessie et produit la fistule qui existe aujourd'hui, 18 octobre 1845.

M. le président annonce que M. Lister, membre correspondant étranger, assiste à la séance.

M. le président invite M. Berger, nommé membre titulaire dans la précédente séance, à prendre place parmi ses collègues.

M. le président donne communication d'une lettre adressée à la Société par M. Frémy, président de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui annonce que l'Association tiendra sa septième session à Paris, du 22 au 29 août 1878 et qui invite les membres de la Société de chirurgie à y prendre part.

Communications écrites.

M. le secrétaire général donne, au nom de M. Lizé (du Mans), membre correspondant, lecture de l'observation suivante, intitulée :

Opération césarienne chez une femme dont le diamètre sacro-pubien mesurait à peine 5 centimètres. — Détail important de cette opération.

Le 24 janvier 1878, au matin, la femme Loyson, de Connerré, primipare, 38 ans, petite, ensellée, avec cuisses arquées, arrivée au terme de sa grossesse, est prise des douleurs du travail. Le 25 au soir, la sage-femme ne perçoit qu'une légère dilatation ; elle rompt la poche des eaux et elle attend. A ce moment, l'enfant était au détroit supérieur. Le Dr Le Blaye, appelé le 26 au matin, distingue la face, mais sans engagement. Le Dr Le Bail (du Mans), ex-interne distingué des hôpitaux de Paris, mandé dans la même journée jusqu'à Connerré, constate aussi une présentation de la face avec un rétrécissement énorme du bassin. Il cherche à introduire la main, mais deux doigts seulement passent jusqu'au niveau de la troisième phalange. Mes deux confrères m'appellent à leur aide, le dimanche au soir 27 janvier, c'est-à-dire quatre jours après le début du travail ! A ce moment l'auscultation ne permet plus d'entendre les battements de cœur du fœtus ; le toucher fait bien reconnaître la face : front à gauche et en avant, menton en arrière et à droite. Impossibilité d'engager la première branche du forceps, mais, en revanche, le céphalotribe de Blot est introduit sans grande difficulté. On peut broyer la tête à la région frontale et il s'écoule de la substance cérébrale. Après cet aplatissement de la tête, des tractions vigoureuses sont opérées avec le céphalotribe, qui s'y trouve implanté solidement. Impossible de faire descendre le fœtus, à la suite de cette manœuvre, le toucher se rend mieux compte du degré de rétrécissement du détroit supérieur. Entre le pubis qui est rentré en dedans et le promontoire qui fait une sail-

lie considérable, la pelvimétrie digitale mesure 5 centimètres à peine. En présence d'un état semblable, nous prenons le parti de faire l'hystérotomie. Celle-ci est pratiquée à 9 heures du soir sur la ligne blanche, après avoir endormi préalablement la femme Loyson avec le chloroforme. Quand la paroi abdominale fut ouverte, je tombai sur un globe recouvert d'une vaste membrane, c'était l'utérus tout entier caché par la vessie très-distendue et complétement vide. Cette circonstance nous parut surprenante, car le cathétérisme avait été effectué avant l'opération. D'un autre côté, les intestins faisant saillie au dehors, venaient aussi masquer la matrice; ces organes une fois réduits par les doigts du Dr Le Bail, la face antérieure de la matrice mise à nu fut ouverte avec précaution. Les jambes du fœtus, placées en haut et à droite, furent vite saisies, et le produit avec le placenta furent extraits de la cavité utérine. Sept points de suture entortillée fermèrent la paroi abdominale et une ouverture fut laissée en bas pour donner cours aux liquides. Pansement approprié, potion alcoolisée. Comme je ne retournai pas à Connerré, qui se trouve à 7 lieues du Mans, voici ce que m'écrivit le Dr Le Bail, trois jours après cette grave opération :

« Mon cher et très-honoré confrère,

« Notre malade de Connerré, après avoir passé une nuit et une journée relativement bonnes, a été prise des symptômes d'une péritonite violente, que nous avions tout lieu de redouter pour elle. Je l'ai vue mardi avec le Dr Le Blaye ; elle était en ce moment en proie à des vomissements incessants, véritablement incoercibles; il y avait de la constipation et un ballonnement considérable du ventre, mais la miction s'était toujours accomplie régulièrement et *spontanément*, dès la nuit qui a suivi l'opération.

« Tout est donc perdu, *fors l'honneur obstétrical*, qui demeure intact et sauvegardé dans cette catastrophe malheureusement trop certaine.

« Laissez-moi vous remercier encore de votre extrême obligeance et croyez aux sentiments de vive reconnaissance de votre confrère tout dévoué. »

Réflexions. — Dans le cas actuel, deux moyens s'offraient à notre choix : d'une part la céphalotripsie, de l'autre l'opération césarienne.

Relativement à la première méthode opératoire, elle ne pouvait être sans danger pour la mère que si elle eût été pratiquée au début du travail, et comme le veut M. Pajot, c'est-à-dire *répétée et sans tractions.* Mais au quatrième jour du travail, alors que la

mère, *primipare âgée* (circonstance défavorable), était épuisée, cette opération devenait aussi dangereuse que l'hystérotomie, et de plus elle avait sur elle le désavantage d'être plus longue. Nous avons donc, pour ce motif, préféré l'opération césarienne; seulement nous regrettons de n'avoir pas pratiqué la suture élastique, à l'exemple du Dr Grandesso-Sylvestri et du professeur Stoltz. Par ce moyen j'aurais évité l'épanchement du sang et des lochies dans le péritoine, double cause de l'inflammation de cette membrane.

Au sujet de la présence de la vessie largement étalée sur la face antérieure de l'utérus, malgré le cathéterisme préalable, j'appelle l'attention de mes savants collègues de la Société de chirurgie sur cette particularité exceptionnelle, afin de se mettre en garde contre la section possible de cette poche par le bistouri.

Dans le but de parer à cette éventualité, il me semble utile, après avoir vidé la vessie, d'y laisser une sonde métallique et de la confier à un aide jusqu'à ce que la paroi abdominale soit divisée; arrivé sur le plan qui correspond à l'organe urinaire, le bistouri ne pourra guère toucher à celui-ci quand il aura pour guide la saillie faite par la sonde.

Je m'arrête sur ce point délicat, parce que la rencontre de la vessie dans ce cas m'a vivement surpris et que je n'avais jamais trouvé semblable chose dans les hystérotomies que j'avais pratiquées et auxquelles j'avais assisté.

M. le secrétaire général communique encore, au nom de M. Lizé, la description d'une pince destinée à dilater le col de l'utérus et à permettre l'introduction de corps dilatants plus énergiques.

Communication sur l'hydarthrose intermittente.

M. Ad. Panas. Il y a quelques mois, je vous ai communiqué une observation d'hydarthrose intermittente, que j'avais recueillie sur une jeune femme. Comme je vous l'ai dit, j'avais institué un traitement par l'arsenic, 12 gouttes de liqueur de Fowler.

Cette femme quitta Lariboisière et entra à la Charité dans le service de M. Bourdon, qui la garda pendant un certain temps, sans pouvoir constater l'hydarthrose; est-ce à l'arsenic qu'il faut attribuer la disparition du liquide? Je crois que c'est douteux.

Depuis le jour où j'ai communiqué ce fait, j'ai pu réunir dans la littérature plusieurs observations.

M. H. Petit, notre bibliothécaire, a rencontré 2 observations de ce genre dans les *Medico-chirurgical Transactions*, 1867, qui appartiennent à Moore. Moi-même j'ai retrouvé dans la littérature

allemande 6 faits, plus 2 autres observations du même genre consignées dans l'*Art médical*, de 1877, pages 85 à 87, par le Dr P. Jousset, en tout 10 nouveaux cas, qui méritent d'être consignés dans nos bulletins, ne fût-ce qu'à titre de complément bibliographique.

Voici les faits allemands dans leur ordre chronologique :

Lowenthal, *in Berliner Klinische Wochenschrifft*, n° 48, *année* 1871.

Bruns, *ibid.*, 1872, n° 1.

Grandidier, *ibid.*, 1872, n° 22.

Bilieki, *Centralblatt für chirurgie*, 1874, n° 38.

Roser, *ibid.*, 1874, n° 25.

Huetter, *Klinik der Gelenkkrankheiten*, 2e édition, 2e partie, p. 188, Leipzig, 1877.

Je me dispense de vous relater en détail les cinq premières observations, que chacun de vous peut compulser dans les recueils périodiques cités, pour ne vous parler que des opinions émises sur ce sujet par Huetter, qui, comme vous le savez, fait autorité en matière de maladies articulaires.

Le traumatisme, dit Huetter, en est très-rarement la cause. L'impaludisme n'a pas été démontré non plus comme exerçant une action, et cela d'autant plus que l'administration du sulfate de quinine n'a produit aucun effet utile. L'auteur allemand admet, par contre, qu'un trouble notable de la constitution, non accompagné de fièvre, semble se lier à l'apparition de cette affection, qu'il désigne sous le nom d'*hydropes intermittens genu.*

On voit d'après cette citation qu'en Allemagne comme en France le plus grand vague régnait jusqu'ici sur la pathogénie de l'affection.

Pour notre compte, nous croyons avoir été dans le vrai lorsque, dans notre précédente communication, nous avons été conduit à soutenir que l'hydarthrose périodique en question rentre dans la classe des arthrites diathésiques dites sèches ou déformantes.

A ce point de vue il est à regretter que la plupart des observations publiées jusqu'ici aient été incomplétement prises. C'est ainsi, entre autres, que la première observation du Dr Jousset, concernant une femme âgée de 46 ans, et qui est intitulée *hydarthrose périodique chez une femme scrofuleuse*, ne porte aucune mention ni sur l'état des autres articulations ni sur la présence ou l'absence de craquements articulaires.

Même silence au sujet de la seconde observation, qui porte le titre « d'*hydarthrose périodique chez une femme atteinte de ménorrhagie et d'anémie consécutive.* » Ici encore il s'agissait d'une femme de 40 ans et mère de plusieurs enfants. Or, en l'absence de tout renseignement, l'âge même de ces deux malades (40 et 46 ans

ne porte-t-il pas à penser que le rhumatisme a pu intervenir ici plus que toute autre cause, pour provoquer l'épanchement périodique du genou ?

Quoi qu'il en soit, dans les nouveaux faits que nous avons tenu à citer dans la présente notice, la thérapeutique employée s'est montrée aussi peu efficace que dans ceux qui ont fait le sujet de notre précédente communication. Toutefois certaines médications ont semblé mieux réussir que d'autres, et c'est pourquoi nous devons en parler.

Bruns dit avoir trouvé l'administration de la solution arsenicale de Fowler utile ;

Grandidier, l'emploi des bains de boue sulfureuse, ainsi que la Treirkeur de Carlsbad ;

Jousset, les bains d'eaux mères de Croisic, surtout chez sa seconde malade, qui a été guérie, tandis que la première n'a été qu'améliorée.

Enfin Huetter, désespéré du peu d'efficacité des moyens employés contre ce genre d'hydarthrose, s'est décidé à la traiter par des injections répétées d'acide phénique dans l'intérieur de l'articulation, et dit avoir guéri son malade.

Il se sert pour cela d'une solution phéniquée à 2 ou 3 0/0, dont il injecte chaque jour, à l'aide d'une seringue de Pravaz, 16 gouttes, dans l'intérieur de la synoviale du genou. Les injections doivent être faites avant les attaques, autrement dit durant les intervalles qui les séparent. Lorsque ce moyen doit réussir, on voit les attaques en question devenir irrégulières, puis plus rares et finalement disparaître, ce qui n'a lieu qu'au bout de quelques mois de traitement.

Huetter n'ose pas prétendre que les injections en question puissent réussir dans tous les cas, ni même dans le plus grand nombre d'entre eux, alors qu'il s'agit, dit-il, d'une affection dont l'étiologie est si obscure. Ce jugement final porté par l'auteur lui-même sur sa méthode nous dispense de plus longs commentaires ; ajoutons seulement que les injections d'acide phénique dans les tissus, faites avec les précautions indiquées par l'auteur, lui ont rendu de grands services dans le traitement des affections articulaires sans jamais provoquer d'accidents, tant locaux que généraux.

Discussion.

M. Desprès. Je ne puis m'empêcher de critiquer vivement le traitement employé par Huetter : car, d'après l'exposé que M. Panas nous a fait de ces observations, les malades sont heureux de n'avoir pas eu d'arthrite à la suite des injections. La Société de

chirurgie a jugé la pratique des ponctions articulaires. J'ai dans mon service un malade auquel on a pratiqué deux ponctions aspiratrices : aujourd'hui il a une synovite chronique ; les ponctions, si elles n'ont pas été nuisibles, ont été au moins inutiles.

Je proteste contre cette pratique des ponctions et des injections articulaires, car il y a longtemps que l'on connaît les dangers de plaies articulaires. Elles peuvent guérir, mais elles sont toujours graves et on ne doit pas ponctionner si facilement.

M. Panas. J'engage M. Desprès à lire les observations de Huetter et je pense qu'il portera un autre jugement. Les injections sont faites avec prudence et à doses minimes, 8 à 10 gouttes. Quant à la question des ponctions aspiratrices, c'est tout à fait incidemment qu'elle se trouve mise en cause, et je ne veux pas la discuter; je dirai seulement que nous avons tous partagé les opinions qui viennent d'être émises par M. Desprès, mais, aujourd'hui, on peut modifier ces idées ; grâce aux nouvelles méthodes de pansement antiseptique, nous savons tous que l'ouverture des grandes articulations est beaucoup moins à redouter. J'ai publié une observation d'hydarthrose chronique que j'ai traitée par l'incision ; le malade a parfaitement guéri et il y a de la mobilité dans son articulation.

M. Desprès. Je fais une grande différence entre le pronostic d'une plaie articulaire suivant qu'elle se trouve sur une articulation saine ou sur une articulation malade.

M. Panas a publié 3 observations de plaies articulaires soignées par l'incision, il y a eu 2 guérisons et 1 insuccès.

M. Panas. L'insuccès ne doit nullement être mis sur le compte du traitement, car la nécrose existait avant l'intervention chirurgicale, et M. Tillaux, qui avait soigné le malade, avait pensé à pratiquer l'amputation.

M. Desprès. Si on parcourt le mémoire de Blot, on voit que l'on a obtenu des guérisons avec les grandes incisions dans les cas de plaie articulaire.

J'ai présenté à la Société une observation d'arthrite suppurée du coude, à la suite de luxation avec plaies avec la conservation des mouvements, et je n'avais employé que l'immobilisation absolue, qui est à mon sens un traitement capital.

Dire que l'on peut impunément ouvrir une articulation, me paraît une hérésie ou une grande imprudence.

On pourra obtenir des succès, mais il ne faut pas conclure que

Paris. — Imp. Paul Dupont, rue J.-J.-Rousseau, 41. (1072, 6-7.) *Le Gérant :* G. Masson.

l'ouverture d'une articulation saine ou à peu près saine, soit une opération peu grave.

M. Panas. Je reviendrai plus tard sur les injections préconisées par Huetter et je dirai que j'ai obtenu des guérisons à la suite des injections avec une solution de chlorure de zinc.

Communication orale.

M. Farabeuf. Je désire présenter quelques remarques opératoires sur la ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter, au-dessus de l'anneau du 3e adducteur.

Les élèves, les concurrents qui, subissant l'épreuve de médecine opératoire, ont à faire la ligature de la fémorale au-dessus de l'anneau, s'appliquent à porter la cuisse dans l'abduction, *dès le début de l'opération*, pour satisfaire la majorité de leurs juges. Je pense, et je vous demande de vouloir bien écouter mes raisons, qu'il faut tracer la ligne d'opération, inciser la peau, dénuder et reconnaître le muscle couturier pendant que le membre inférieur est allongé, la pointe du pied en dehors ; par conséquent, avant de fléchir la jambe et de porter le genou en dehors pour rendre sensible le tendon dit du 3e adducteur.

Dans l'attitude que je préconise, l'opérateur incisant sur une ligne allant du milieu de l'arcade crurale *derrière* le condyle interne du fémur, pas en dedans, *derrière*, rencontre nécessairement le couturier. Est-ce utile ? Incontestablement ; tout le monde est d'accord là-dessus. Du reste il est impossible d'arriver sur l'artère sans ouvrir la gaîne du couturier ; ceux qui pour éviter ce muscle se tiennent en avant, ouvrent inutilement la gaîne du vaste interne et finalement entrent par sa paroi profonde dans la gaîne du couturier.

S'il est impossible de ne pas ouvrir la gaîne du couturier, d'une part ; s'il est désirable de dénuder et de reconnaître ce muscle point de repère, d'autre part ; il est donc avantageux de faire l'incision cutanée de manière à tomber d'emblée et sûrement sur le bord antérieur du muscle.

Or, ce qui est facile tant que la jambe est étendue sur la cuisse, devient aléatoire, presque impossible, lorsqu'elle est fléchie.

Cela tient à ce que l'insertion tibiale du couturier, en se déplaçant par la flexion, entraîne le muscle avec elle en dedans et en arrière de la cuisse, et aussi, sur le cadavre, à ce que le couturier relâché par la flexion de la jambe et obéissant à la pesanteur, tend à s'écarter de l'artère qu'il couvre pendant l'extension.

Ceux qui ont recommandé de fléchir d'emblée la jambe et de porter la cuisse dans l'abduction, ont pensé ainsi rendre sensible à travers les téguments le tendon du 3e adducteur sur le relief duquel il suffirait d'inciser pour arriver sur l'artère. Ce tendon en réalité n'est bien sensible à travers la peau que dans le quart inférieur de la cuisse, là ou l'artère fémorale est devenue poplitée.

Encore faut-il ajouter que les jeunes opérateurs prennent assez souvent le tendon du grêle interne pour celui du 3e adducteur.

Quand on trace la ligne d'opération pendant que la jambe est étendue, c'est bien derrière le condyle interne qu'elle aboutit. Si l'on fléchit la jambe en écartant le genou en dehors, ce qui était le bord postérieur du condyle est emboîté par le tibia et ce qui se sent maintenant comme bord postérieur n'est qu'une ligne oblique postéro-supérieure relativement au condyle interne, c'est le tubercule d'insertion du 3e adducteur situé à 2 centimètres en avant du vrai bord postérieur. Cela est facile à vérifier sur le cadavre et sur le vivant. Donc, tracée pendant la flexion de la jambe, la ligne d'opération aboutira à un doigt au moins en avant du bon lieu et par conséquent conduira à commettre cette faute si commune qui consiste à tomber sur le vaste interne et à manquer le couturier.

Lorsque l'incision est faite, l'opérateur introduit l'index gauche au fond de la plaie ; et, de la main droite saisissant le dessous du genou, il fléchit la jambe et écarte la cuisse. Pendant cette manœuvre, une corde tendue surgit et soulève le doigt explorateur. Je crois que ce phénomène qui se produit tout à coup sous nos sens éveillés par l'attention, les frappe bien plus facilement que s'il s'est développé dès le début de l'opération et du fait de l'attitude primordiale.

Qu'est-ce que c'est que cetto corde tendue? On dit généralement que c'est le tendon du 3e adducteur. En réalité, c'est bien plutôt une dépendance du moyen ou 2e adducteur. Le tendon du 3e adducteur au niveau du point où il faut lier l'artère, est gros, cylindroïde, c'est un tendon creux, une gaîne aponévrotique pleine de fibres musculaires qu'il arrive quelquefois aux novices de mettre à nu. Il est blanc et se continue en dehors avec l'aponévrose de recouvrement qui est blanche et se continue en dehors avec des fibres aponévrotiques du vaste interne qui sont blanches. L'œil, on le voit, peut être embarrassé surtout sur le vivant; le doigt ne l'est jamais. Il sent en effet très-bien devant le tendon du 3e adducteur une partie de ce tendon qui est tendue, une petite corde, dépendance du moyen adducteur, corde rendue vibrante et presque rigide par l'abduction de la cuisse, corde qui limite en dedans la gouttière dépressible où gît l'artère, c'est *en dehors, très-près* et *le long* de cette corde qu'il faut inciser l'aponévrose de recouvre-

ment ou paroi antérieure du canal de Hunter, sans trop chercher le nerf saphène.

On trouve alors dans le canal l'artère d'abord, mais le plus souvent masquée ou croisée par une ou plusieurs veinules collatérales qui n'ont pas suffisamment attiré l'attention des anatomistes et dont le volume varie considérablement.

En résumé, contrairement à la pratique ordinaire de la majorité de ceux qui s'exercent dans les amphithéâtres pour satisfaire les juges des examens et des concours, je pense qu'il ne faut fléchir la jambe et écarter la cuisse pour faire surgir la corde tendineuse qui révélera au doigt la situation de l'artère, qu'après avoir incisé la peau, dénudé, reconnu et récliné le muscle couturier, le membre étant, pour cette première partie de l'opération, simplement allongé, la pointe du pied en dehors.

Discussion.

M. Trélat. J'ai écouté avec un grand plaisir la communication de M. Farabeuf, mais je me hâte de dire qu'elle ne m'a rien appris de nouveau, car tout ce qui vient de nous être si bien dit, je l'avais appris de mes maîtres et, moi-même, je l'ai enseigné longtemps aux élèves.

Depuis quelques années, d'après ce que je voyais dans les examens ou épreuves, je pensais que ces bons principes étaient oubliés et je le regrettais.

Voici ce que j'avais appris et voici ce que j'ai enseigné pour la recherche de la fémorale à l'anneau.

Tracer une ligne le long du bord interne de la cuisse, faire tomber à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de cette ligne, une ligne oblique partant du milieu de l'arcade crurale. Ce principe est oublié, M. Farabeuf cherche à le remplacer par une ligne oblique dirigée derrière le condyle du fémur ; mais ce tracé est moins bon que celui que j'indique, parce qu'il ne donne pas comme celui-ci un point précis de repère. Je n'ai jamais admis la flexion de la cuisse pour faire l'incision, et j'ai toujours professé qu'il fallait tenir la cuisse allongée pour la recherche du premier point de repère, le couturier.

L'école de Lisfranc avait peut-être été trop minutieuse dans ses points de repère, mais il est certain que la réaction a été trop forte. Dans la pratique chirurgicale, on ne peut s'y astreindre, mais il est toujours bon de les avoir à l'esprit, surtout pour un jeune chirurgien. Pour ouvrir le canal de Hunter, il ne faut pas introduire la sonde cannelée dans l'ouverture du nerf saphène, mais dans celle d'une petite branche accessoire et de haut en bas ; si on a soin de

donner à la sonde une petite courbure, on évite la difficulté dont parlait M. Farabeuf à propos de la saillie du genou.

Je terminerai en disant que notre collègue a rappelé d'excellents principes, mais qui ne sont pas très-nouveaux.

M. Tillaux. Je suis d'avis qu'il faut tracer la ligne opératoire le membre étant étendu, mais je crois qu'il est bon de placer ensuite la jambe dans la flexion.

L'extrémité supérieure de la ligne qui donne la direction de l'artère doit partir non du milieu de l'arcade crurale, mais du milieu de la ligne qui réunit l'épine iliaque et la symphyse pubienne; quant à l'extrémité inférieure, c'est en effet à la partie postérieure du condyle qu'elle doit aboutir.

M. Farabeuf n'a peut-être pas assez insisté sur la surface blanche que l'on rencontre, une fois le couturier écarté. Cette surface blanche n'est pas formée par des fibres disposées régulièrement, les fibres du milieu sont arciformes.

Il ne faut pas en effet se servir comme point de repère du nerf saphène, car on ne le trouve pas toujours.

L'incision, dit M. Farabeuf, doit être faite au-dessus du quart inférieur de la cuisse, je ne le crois pas; c'est à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, là, on est juste sur l'artère.

Le précepte que je regarde comme le plus important est de rechercher le tendon du 3e adducteur, pour faire l'incision juste en dehors; c'est Dolbeau qui me l'avait enseigné et je le regarde comme excellent.

J'ai indiqué, dans mon traité, les veines du canal que M. Farabeuf regrette de ne voir pas signalées dans les traités, j'ai insisté particulièrement sur une veine anastomotique, qui entoure l'artère, dont j'avais rencontré un exemple sur le vivant et qui m'avait beaucoup gêné.

Je crois que cette ligature est souvent mal formulée, car en demandant que la ligature soit faite à l'anneau du 3e adducteur, veut-on dire qu'elle soit faite en dehors du canal de Hunter; pour moi, je crois qu'elle doit être faite dans l'intérieur et non avant d'entrer.

M. Sée. J'ai toujours eu soin de conseiller la recherche des fibres arciformes dont vient de nous parler M. Tillaux. Il faut les dénuder avec la sonde cannelée, car on les trouve toujours; quant à la sortie du nerf saphène, on ne la trouve pas toujours et il faut engager la sonde dans une des ouvertures qui donne passage, soit à un nerf soit à une veine.

M. Trélat. M. Tillaux a demandé à quel point il faut lier,

mais c'est pour ne pas avoir d'hésitation que nous conseillons le tracé des deux lignes. Car, comme je l'ai dit, ce procédé ne donne point une ligne, mais une intersection qui est juste au milieu du canal d'Hunter.

M. Panas. Je désire faire une remarque sur la partie nacrée et blanche que M. Farabeuf semble regarder comme uniforme dans toute son étendue. Pourtant je trouve toujours qu'il y a à la partie médiane une portion moins nacrée qui peut servir de point de repère.

De plus, lorsqu'on tend fortement le 3ᵉ adducteur, on sent un point moins dur qui est le milieu du canal où se trouve l'artère. En suivant avec le doigt, de dehors en dedans, on arrive sur cette portion moins résistante et en incisant à ce niveau on a l'avantage de tomber dans une région où on ne rencontre ni la veine fémorale, ni les veines anastomotiques.

M. Desprès. J'ai vu faire une fois la ligature de la fémorale dans le canal de Hunter sur le vivant, et je dois dire que c'est le tendon du 3ᵉ adducteur, senti au doigt, qui a remis le chirurgien dans la bonne voie.

M. Farabeuf. Je remercie M. Trélat des compliments qu'il a bien voulu m'adresser, mais je puis assurer que si M. Trélat et ses collègues enseignaient ce que je conseille aujourd'hui, il y a eu une éclipse de ces bons préceptes.

Le système de Lisfranc a été abandonné pour une excellente raison, c'est qu'il était impossible de le faire retenir par les élèves.

J'ai été très-heureux d'entendre M. Panas insister sur l'utilité que peut donner le toucher dans cette ligature, car j'insiste toujours sur la supériorité du doigt sur l'œil en matière d'opération.

Je ne crois pas très-utile de donner comme point de départ à la ligne du tracé de l'artère, le milieu d'une ligne réunissant l'épine iliaque antéro-supérieure et la symphyse pubienne, car l'artère, chez tous les sujets, ne passe pas à égale distance, mais, en outre, cette direction aurait le grand inconvénient de diriger l'élève vers la saphène et la veine fémorale, au lieu de le diriger vers l'artère qu'il faut aborder *par son côté externe* pour éviter les deux veines.

Je ne crois pas utile quand on veut inciser pendant l'abduction, de tracer la ligne avant de fléchir la jambe et d'écarter la cuisse, à moins de se servir d'iode ou de crayon d'aniline mouillé, car dans ce mouvement tout se déplace.

Je voudrais faire remarquer à M. Tillaux, que le canal de Hunter, dont l'orifice inférieur est connu sous le nom d'anneau du 3ᵉ adducteur, n'a pas en réalité d'orifice supérieur, comme il l'a

figuré, puisque ce canal n'est autre chose que la partie inférieure de la gaîne des vaisseaux renforcée par des fibres arciformes aponévrotiques qui forment à l'artère une couverture, qui va en s'amincissant de haut en bas, mais de telle sorte qu'il n'est pas rare de constater l'existence de ces fibres arciformes jusque dans le triangle de Scarpa.

La séance est levée à 5 h. 45 m.

Le secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 26 juin 1878.

Présidence de M. TARNIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine;

2° La *Revue médicale de Toulouse*, le *Lyon médical*, la *Revue médicale de l'Est*, le *Bordeaux médical*, l'*Union*, *chronique des sociétés savantes*, la *Gazette médicale de Bordeaux ;*

3° Les *Archives de médecine de Vienne* publiées par von Stricker, *the British medical Journal*, la *Gazette médicale Italienne-Lombarde*, *Medicinisch chirurgische Rundschaw*.

M. le président annonce que M. Lister, membre correspondant étranger, assiste à la séance.

Rapport.

M. MAGITOT lit un rapport sur deux observations de *Kystes de la mâchoire inférieure*, par le Dr Herbet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Amiens.

Dans le courant de l'année dernière notre collègue, M. Verneuil, de passage à Amiens, s'était chargé, de la part de M. le Dr Herbet,

de présenter à la Société une observation et une pièce anatomique relatives à un kyste volumineux de la mâchoire inférieure chez une femme adulte. La société voulut bien me charger de lui faire un rapport sur ce fait et je me mis alors en communication avec M. Herbet pour obtenir de lui sur ce cas intéressant quelques renseignements complémentaires. M. Herbet m'ayant annoncé dans sa réponse l'envoi d'un autre fait analogue également recueilli dans son service d'hôpital, je me déterminai à ajourner mon rapport.

Ce nouveau fait nous est parvenu il y a quelques semaines et il constitue en effet avec le premier un groupe de deux cas tout à fait comparables. Ils présentent l'un et l'autre au point de vue de leur mécanisme de production une complète netteté de caractères en même temps qu'un grand intérêt clinique.

En voici un résumé :

1er *fait.* — Une femme de 30 ans, d'une bonne santé habituelle, a présenté depuis son enfance une série d'accidents dans la région de l'angle de la mâchoire inférieure du côté droit. Dès l'âge de 5 ans, cette région est le siége d'abcès multiples s'ouvrant d'une part dans la bouche et d'autre part sur la peau. Ces abcès sont attribués à certaines dents altérées qui sont extraites sans amener aucun changement. La succession des abcès à intervalles variés se prolonge jusqu'à l'âge de 25 ans, époque à laquelle la malade observe la production d'une tumeur qui prit naissance au niveau de l'angle de la mâchoire et acquit en quelques années le volume du poing.

C'est alors (en 1874) que la malade vient à Paris et entre dans le service de M. le professeur Richet qui pose le diagnostic suivant : *Kyste dentaire ayant pour centre de production une dent molaire.*

L'exploration directe vint pleinement confirmer ce diagnostic. En effet, une ouverture pratiquée extérieurement et dont les photographies de la malade nous indiquent encore la trace, permit de reconnaître l'existence d'une poche remplie d'un liquide citrin. Au fond de cette poche on rencontre un corps dur adhérent à la paroi et qui n'est autre qu'une dent molaire. Cette dent est extraite et un drain passant de la plaie extérieure dans la cavité buccale est établi en permanence.

Un érysipèle survient d'abord, puis la suppuration s'établit très-abondante dans la poche et celle-ci décroît considérablement de volume.

Au bout de quelques mois, la malade quitte cependant le service de l'Hôtel-Dieu, incomplétement guérie et cesse tout traitement.

Un an après, la tumeur avait repris un volume considérable de telle sorte qu'elle mesurait 18 centimètres dans le sens antéro-postérieur et 17 centimètres dans le sens vertical.

C'est à ce moment que M. le Dr Herbet observa la malade et qu'il constata une telle désorganisation de l'os, qu'il n'hésita pas à pratiquer l'ablation complète de la masse. L'opération n'est suivie d'aucun accident ni d'aucune trace de récidive.

Voici d'ailleurs la relation complète de ce premier fait :

Obs. I. — Caron (Ernestine), âgée de 30 ans, journalière, née et habitant à Équennes (canton de Poix, département de la Somme), non mariée, n'a jamais eu d'enfants, brune, assez grande, assez forte, réglée seulement à l'âge de 21 ans, n'a jamais eu de gourmes dans la tête, de glandes au cou, ni de maux d'yeux, a cependant été d'une santé assez délicate pendant son enfance et sa jeunesse. A été atteinte dans sa première enfance de convulsions qui se sont reproduites à des intervalles plus ou moins éloignés, jusqu'à l'âge de 7 ans. A également depuis son enfance, et à partir d'un âge qu'elle ne peut préciser, été atteinte de nombreux abcès au voisinage de la partie droite du maxillaire inférieur; abcès qui ont persisté jusqu'il y a environ cinq ou six ans et dont les uns se sont ouverts dans l'intérieur de la bouche; les autres à l'extérieur, à la peau de la joue droite et du cou. Ces abcès paraissent avoir été liés à la carie des dents, et les molaires cariées qui avaient apparu de ce côté ont été enlevées il y a cinq ans, par M. Roucoux, médecin à Poix à l'époque où la tumeur, dont l'os maxillaire est le siége, a commencé à se développer.

Il y a environ cinq ans, en effet, la malade a reconnu sur le maxillaire inférieur du côté droit, un peu en avant de l'angle de la mâchoire une saillie ayant à peu près le volume d'une aveline, qui a augmenté de façon à offrir au bout d'une année le volume d'un gros œuf de poule, et au bout de deux ans à peu près le volume du poing. L'apparition et le développement de cette tumeur n'ont été accompagnés d'aucune douleur, mais seulement d'une gêne dans la mastication attribuée par la malade à la présence des quatre dents molaires cariées.

Il y a trois ans, la malade se rendit à Paris et fut admise dans le service de M. le professeur Richet, qui diagnostiqua un kyste dentaire causé par l'évolution dans l'épaisseur du maxillaire inférieur d'une grosse molaire. En effet, après plusieurs recherches, cette dent fut découverte et enlevée par une ouverture faite à la joue (c'est cette ouverture qui a produit la cicatrice que l'on voit sur le milieu de la tumeur dans les photographies). La dent extraite avait poussé horizontalement dans l'épaisseur de la branche droite du maxillaire inférieur. Après avoir enlevé la dent, M. Richet passa un séton formé par un fil qui traversait la tumeur, de l'ouverture cutanée à une seconde ouverture pratiquée dans l'intérieur de la bouche. La malade fut atteinte d'un érysipèle; puis la tumeur fut le siége d'une suppuration abondante qui persista environ un mois après la sortie de la malade du service de M. Richet, c'est-à-dire pendant environ quatre mois.

A la suite de cette opération, le volume de la tumeur avait sensiblement diminué, puis cette diminution de volume s'étant arrêtée au bout

de cinq mois environ, la tumeur resta stationnaire pendant encore six mois à peu près.

Il y a deux ans la tumeur recommença à augmenter de volume, d'abord sans occasionner de douleurs, mais il y a environ quatre mois, l'accroissement de la tumeur devint plus rapide et fut accompagné de douleurs lancinantes; enfin, il y a cinq semaines, sur le conseil de son médecin, la malade entra à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, le 3 mars 1877.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu les dimensions de la tumeur (mesurées sur la joue), étaient approximativement les suivantes.

Verticalement. — Vers les extrémités en avant et en arrière, environ 12 centimètres, à la partie moyenne, 17 centimètres.

Horizontalement. — A la partie moyenne, depuis le bord postérieur jusqu'à la première dent restante, environ 18 centimètres; dans l'intérieur de la bouche la tumeur faisait une saillie très-considérable, et s'étendait au delà de la partie moyenne du plancher de la cavité buccale.

Cette tumeur était globuleuse et un peu elliptique, ayant son plus grand diamètre depuis le condyle de la mâchoire jusqu'à la dent canine, non adhérente à la peau, si ce n'est au niveau de la cicatrice; la peau n'était pas altérée mais seulement distendue et amincie. A l'intérieur de la bouche la muqueuse adhérant fortement à la tumeur était d'un rouge foncé, bosselée, inégale, dure et comme calleuse.

La consistance de la tumeur variait suivant ses différents points: Dure à l'intérieur de la bouche, et vers les extrémités à l'extérieur; elle offrait à sa partie saillante la consistance d'une coque osseuse peu épaisse, et au voisinage de la cicatrice elle donnait la sensation d'une enveloppe fibreuse et d'une fluctuation obscure; plusieurs ponctions faites par M. Roucoux dans ce point n'avaient, au dire de la malade, donné issue qu'à une faible quantité de liquide séro-sanguinolent, et ces ponctions n'avaient point amené de diminution appréciable dans le volume de la tumeur.

Le diagnostic, éclairé du reste par le récit de l'opération faite par M. le professeur Richet, fut celui-ci : kyste dentaire dégénéré, et l'ablation de la moitié droite du maxillaire inférieur fut décidée.

L'opération fut pratiquée le 15 mars 1877. Après avoir arraché la dent canine du côté droit, une incision fut faite verticalement de la commissure droite des lèvres jusqu'au bord inférieur de la mâchoire; une seconde incision curviligne partant un peu au-dessous de l'articulation temporo-maxillaire, passant à environ 2 centimètres en arrière de la cicatrice fut prolongée jusqu'à la rencontre de l'extrémité inférieure de la première incision. Le lambeau cutané ainsi formé fut ensuite disséqué jusqu'au bord supérieur de la tumeur en ayant soin de raser le plus près possible la face externe de la tumeur; pendant cette dissection la tumeur fut ouverte au niveau de la portion adhérente à la cicatrice, et cette ouverture donna issue à une assez grande quantité (un grand demi-verre) de sérosité d'un jaune verdâtre assez foncé. Les artères furent liées au moment de leur ouverture, et la quantité de sang perdu ne fut pas très-considérable. La peau étant disséquée, la muqueuse fut détachée à la partie antérieure de la tumeur, et

à l'aide d'une scie à chaîne, le maxillaire fut scié à peu près verticalement au niveau de la canine droite qui venait d'être enlevée. On continua alors à détacher la muqueuse en rasant le plus près possible et cette dissection très-laborieuse fut faite tantôt avec le bistouri, tantôt avec des ciseaux, tantôt avec la pointe mousse d'une spatule, le nerf lingual fut disséqué et conservé. Enfin, après avoir coupé le ligament externe de l'articulation temporo-maxillaire, le condyle de la mâchoire fut saisi avec un davier et détaché avec des ciseaux courbes, une portion de la coque peu épaisse qui remplaçait l'apophyse coronoïde fut arrachée, et les débris furent ensuite enlevés avec soin.

La perte de substance de la muqueuse étant très-considérable, j'ai pensé (et j'ai eu tort) qu'il n'y aurait point d'inconvénient à couper les fils des ligatures et à les abandonner dans la plaie (je croyais que la chute des ligatures aurait lieu avant la réunion de la plaie dans l'intérieur de la bouche, et dans une opération semblable faite il y un an, le passage des fils avait donné lieu à une suppuration prolongée). J'ai donc coupé les fils des ligatures et les ai abandonnés au nombre de quatre daus la plaie. J'ai ensuite rapproché les bords de la peau que j'ai réunie par première intention, à l'aide de sutures à points séparés faites avec des fils d'argent, et de bandelettes collodionnées placées entre les points de suture au nombre de neuf.

Les suites de l'opération furent très-simples, le pouls, du 16 au 20, varia de 92 à 100, il n'y eut pas d'hémorrhagie, les nuits étaient bonnes; le 19 au matin les fils des sutures furent enlevés, mais les bandelettes collodionnées furent laissées en place; le 20, le pouls s'éleva davantage, il monta à 112, et le 21, après une nuit agitée, le pouls s'éleva à 126. La malade eut des frissons, des nausées et un vomissement bilieux, je découvris alors la plaie que je trouvai *réunie par première intention dans toute son étendue*, seulement je constatai au niveau de la partie moyenne de la joue, au-dessous et en arrière de la cicatrice ancienne une tuméfaction assez considérable avec coloration rouge violacé de la peau et fluctuation manifeste. Après avoir enlevé une bandelette de toile collodionnée, j'écartai les bords de la cicatrice à l'aide d'un stylet dans l'étendue d'environ 1 centimètre; cette ouverture donna issue à une quantité considérable de pus fétide contenant des grumeaux et quelques petits caillots sanguins et un des fils de ligature. Un drain fut placé dans cette ouverture par laquelle on retira encore un fil de ligature quatre jours après.

La situation de la malade s'améliora rapidement, et dès le 1er avril elle se levait, se promenait dans la salle, les nuits étaient bonnes, l'écoulement de pus par le drain était insignifiant.

6 *avril*. — La malade éprouve de la douleur dans la joue avec un peu de fièvre, de malaise et d'insomnie.

7. — On constata un peu de rougeur à la joue vers la partie antérieure un peu au-dessus de la cicatrice.

8. — La nuit a été mauvaise, il y a eu des frissons, la rougeur a augmenté à la joue et on constate une poche fluctuante, une ouverture est faite en ce point, et elle donne issue à une quantité assez consi-

dérable (un petit verre à eau-de-vie de pus bien lié, mais fétide et à *une ligature*), un drain est mis dans cette ouverture. La joue s'affaisse de jour en jour, la suppuration diminue, et le 14 on retire les drains, le 17 on constate que les deux ouvertures sont à peu près complétement fermées, et la pression sur la joue ne donne lieu qu'à l'issue de quelques gouttes de sérosité jaunâtre.

Je considère la malade comme guérie et je me propose de la renvoyer chez elle à la fin de la semaine, après l'avoir fait de nouveau photographier.

Les suites de l'opération ont été très-simples, et les accidents qui se sont produits le 31 mars et les 7 et 8 avril, étaient dus à la rétention des fils des ligatures que j'avais, à tort, abandonnés dans la plaie.

La cicatrisation dans l'intérieur de la bouche avait été très-prompte et le 5e jour après l'opération, cette cicatrisation de la muqueuse était à peu près complète.

La réunion de la peau avait également été très-rapide et très-complète, de sorte que mes fils s'étaient trouvés emprisonnés dans une cavité sans issue, ni du côté de la peau, ni du côté de la bouche.

2e *fait.* — La seconde observation est relative encore à une femme adulte qui, à l'âge de 8 ans, reçut sur la face au niveau de l'angle de la mâchoire du côté gauche, un coup de pied de cheval qui la renversa sans connaissance pendant plusieurs instants.

Rien de notable ne se produit cependant de ce côté jusqu'à l'âge de 18 ans, époque ou l'on voit se développer sur le point correspondant au traumatisme antérieur, une tumeur dure qui acquiert en deux ans le volume d'un gros œuf de dinde. La masse morbide est limitée par une coque osseuse dépressible sur un point, suivant l'expression de M. Herbet, à la manière des os du crâne chez le fœtus.

Une large ouverture pratiquée dans la bouche donne accès dans une poche remplie de liquide et au fond de laquelle se rencontre adhérente à la paroi une dent molaire qui est extraite et dont les racines sont recourbées sur elles-mêmes.

La poche ainsi vidée est pansée avec des bourdonnets de charpie et la tumeur décroît si rapidement qu'au bout de trois mois, la mâchoire de ce côté ne présentait qu'un volume à peu près double de celui du côté opposé.

La malade quitte l'hôpital avec un simple trajet fistuleux qui est abandonné à lui-même. 18 mois plus tard elle y rentrait avec une tumeur ayant acquis le volume du poing : la branche gauche de la mâchoire inférieure fut alors enlevée entièrement, la malade guérit sans complication ni récidive.

Voici la relation détaillée de ce second fait :

Obs. II. — Roussel (Maria), née le 4 juin 1855, à Berneuil, canton

de Domart en Ponthieu (Somme), est d'une constitution médiocrement forte, d'une bonne santé habituelle, elle n'a jamais eu de maladies graves, n'a eu ni gourmes ni maux d'yeux dans son enfance.

Réglée à l'âge de 13 ans, et régulièrement depuis.

Elle ne peut donner aucun renseignement précis sur l'évolution de ses dents.

A l'âge de 8 ans elle a reçu sur la joue gauche, au niveau du maxillaire inférieur, un coup de pied de cheval qui l'a renversée sur le fumier de la cour où elle était, elle est restée sans connaissance pendant quelques instants.

Cependant elle s'est complétement rétablie et le coup n'a laissé aucune trace apparente.

Vers l'âge de 18 ans elle a eu mal aux dents et le médecin de son pays lui a arraché une grosse molaire du côté gauche. Cette dent qui commençait à se carier a été, dit-elle, fort difficile à enlever ; elle était barrée (?) Vers le même temps elle s'aperçut d'une grosseur siégeant dans la gencive gauche, vers le fond de la bouche.

Cette grosseur faisait dans l'intérieur de la bouche, en dedans de la mâchoire une saillie d'abord du volume d'une noisette, mais qui acquit bientôt le volume d'une noix. Cette tumeur était complétement indolente et ne dénotait sa présence que par un peu de gêne dans le fond de la bouche et un certain embarras dans les mouvements de la langue.

A 19 ans, étant en service à Harbonnières (Somme), elle vit tout à coup sa joue grossir en 24 heures. Cette tuméfaction était accompagnée de douleurs vives.

Le médecin qui fut appelé constata qu'il n'y avait point de dents cariées de ce côté, il reconnut l'existence de la tumeur, et fit en dedans de la mâchoire une incision qui ne donna issue qu'à du sang. Il mit pendant quelque temps des mèches de charpie dans la plaie et fit faire tous les jours des injections d'eau salée. Ce traitement continué pendant trois semaines fut suivi d'un peu de diminution du volume de la joue, mais la tumeur à la partie interne et postérieure de la gencive gauche persista sans changement de volume.

A cette époque la malade vint à Amiens, où elle resta pendant huit mois en service. Au bout de ce temps ayant ressenti des douleurs dans la tumeur, elle alla consulter M. le Dr Josse, alors chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Amiens. M. le Dr Josse la fit entrer à l'Hôtel-Dieu dans son service (le 21 novembre 1873).

Elle fut traitée par l'iodure de potassium à l'intérieur et l'application de pommades. (Je n'ai pu avoir de renseignements précis sur les moyens de traitement employés et je ne fais que rapporter ici les indications fournies par la malade.)

M. le Dr Josse ayant donné sa démission à la fin de l'année 1873, je fus nommé à sa place et je pris le service au commencement du mois de février 1874. A cette époque j'examinai Maria Roussel. Elle avait à la mâchoire supérieure 12 dents, il manquait à droite les deux premières molaires, à gauche la première molaire. Ces dents avaient poussé, mais avaient été enlevées depuis environ deux ans. La dent

de sagesse existait en haut à droite, elle n'existait pas à la mâchoire supérieure gauche. A la mâchoire inférieure, on constatait la présence des quatre incisives, des deux canines, des quatre petites molaires dont une cariée, de deux grosses molaires du côté droit ; la dent de sagesse a poussé depuis, à droite.

A gauche, immédiatement derrière la seconde petite molaire, commençait la tumeur qui envahissait tout le corps de l'os en remontant jusqu'au condyle de la mâchoire ; tumeur de forme ovoïde, dont le grand diamètre était dirigé de haut en bas, et d'arrière en avant ; comprenant dans son épaisseur tout le corps de la mâchoire; d'un volume au moins égal à celui d'un gros œuf de dinde. La surface de la tumeur était lisse, d'une dureté osseuse dans presque toute son étendue sauf quelques points qui se laissaient déprimer comme les os de la tête du fœtus. A l'intérieur de la bouche, les gencives étaient gonflées, rouges violacées, d'une dureté cartilagineuse.

Ayant enlevé une portion de ce tissu induré des gencives, je pus constater l'existence d'une large cavité à parois osseuses minces, mais malgré l'élargissement de l'ouverture avec des morceaux de racines de gentiane, je ne pus arriver à constater dans cette poche ni dent ni racine, ni corps étranger quelconque. Au bout d'environ trois semaines j'enlevai par une incision toute la partie supérieure de la gencive et je pus avec le petit doigt introduit dans la poche reconnaître un corps dur, résistant, osseux que j'enlevai avec un pied de biche. C'était la dernière grosse molaire gauche, complétement développée et qui après avoir poussé verticalement dans l'étendue d'un tiers de centimètre s'était recourbée horizontalement et avait poussé dans l'intérieur de la machoire la couronne en avant.

Après l'enlèvement de cette dent, la malade fut pansée tous les jours avec des mèches de charpie introduite dans la cavité. La tumeur diminua rapidement de volume, les parois se rapprochèrent et quand elle sortit de l'hôpital le 10 juin 1874, il ne restait plus qu'un petit trajet fistuleux, le volume de la mâchoire n'était pas double de l'état normal et à l'extérieur on voyait que la joue gauche faisait une saillie légère.

Elle se mit en service et devint enceinte. Environ quatre mois après sa sortie de l'hôpital, la joue commença de nouveau à se tuméfier, et le 5 décembre 1875, elle rentrait à l'Hôtel-Dieu avec une tumeur ayant au moins le volume du poing d'un adulte, et donnant ça et là une sensation de fluctuation. Une ponction donna issue seulement à un peu de sang, la tumeur resta à peu près stationnaire jusqu'à l'époque de l'accouchement qui eut lieu le 22 mars.

Je lui proposai l'enlèvement de la tumeur ; mais elle refusa et sortit de l'hôpital le 31 mars 1876. Elle revint le 3 mai suivant ayant depuis sa sortie éprouvé dans la tumeur des douleurs presque continues. La tumeur avait encore augmenté de volume, elle fut enlevée le 9 mai 1876. La branche gauche de la mâchoire fut sciée au niveau de la canine et enlevée complétement ; l'opération fut assez laborieuse à cause des adhérences de la tumeur à la peau et à la muqueuse. Quinze jours

après l'opération, la malade dont la plaie était presque complétement cicatrisée fut atteinte d'un érysipèle. Enfin elle sortait guérie le 14 juillet 1876. Depuis je l'ai revue plusieurs fois, il n'y a pas eu de récidive.

Les deux observations de M. Herbet nous paraissent offrir divers enseignements précieux. Nous en dégageons deux principaux, l'un au point de vue de la pathogénie de ces kystes, l'autre à l'égard de leur thérapeutique.

Au point de vue pathogénique, les deux faits ne laissent rien à désirer, ce sont bien là deux kystes développés au sein d'un follicule de dent molaire encore incluse dans le bord alvéolaire, kystes ayant pris naissance au moment où la couronne avait achevé son développement, soit *kyste folliculaire de la période coronaire*. Dans le premier fait, la transformation kystique du follicule paraît s'être produite spontanément. Dans le second elle a eu pour cause déterminante un traumatisme violent. Dans les deux cas le processus a été identique : un liquide pathologique s'est formé au sein même du follicule, il en a distendu la paroi propre qui, devenue paroi kystique, a déplacé dans son expansion le tissu osseux dont il s'est fait une coque plus ou moins mince et dépressible. Ce sont là du reste des faits qui, selon nous, ne sont plus à démontrer. Notre collègue, M. Duplay, en a récemment rapporté un exemple très-remarquable ayant eu également pour siége un follicule de dent molaire. Nous en avons cité de notre côté plusieurs faits également démonstratifs, et, à ceux de M. Herbet, nous pourrions ajouter un nouvel exemple encore inédit, et dû à un médecin d'Angers, M. Guérard.

Dans ce dernier cas, la dent implantée dans la paroi kystique avait éprouvé un véritable renversement de ses racines, phénomène dû à la résistance que celles-ci ont éprouvé de la part de la paroi osseuse au moment de leur formation.

L'un des faits dus à M. Herbet, le premier, offre en outre un intérêt tout particulier, en ce sens que nous en possédons la pièce anatomique.

Cette pièce présente une disposition bien remarquable : elle a été fendue d'avant en arrière et on y reconnaît l'existence de loges multiples au nombre de douze à peu près, la plupart communiquant ensemble, quelques-unes cependant paraissent être restées isolées.

Ces loges multiples se sont-elles formées au début même de la transformation kystique du follicule ou se sont-elles développées ultérieurement après l'ouverture de la première poche ? C'est là un point qu'il n'est pas possible d'établir.

Quoi qu'il en soit, ce que nous savons aujourd'hui des troubles

fonctionnels qui peuvent frapper le follicule dentaire pendant son évolution, autorise à cet égard diverses hypothèses : 1° ou bien plusieurs follicules inclus dans la mâchoire ont été simultanément le siége de transformation kystique ; 2° ou bien il s'est produit une véritable hypergenèse de follicules, comme on voit dans un odontome, l'hypergenèse de bulbes et de chapeaux dentinaires, et comme cela se présente dans une difformité que nous avons décrite, la *polygnathie* [1] ; 3° ou bien encore, un follicule unique, primitivement siége d'un kyste, a produit dans son voisinage des cavités secondaires dont quelques-unes sont restées en communication avec lui tandis que d'autres devenaient distinctes par clôture de l'orifice du passage.

Nous avouons pencher en ce qui nous concerne vers cette dernière supposition.

Cette pièce en tous cas nous apporte une démonstration nouvelle de la possibilité du développement du *kyste multiloculaire* d'origine folliculaire incontestable et nous avons la confiance qu'elle est de nature à dissiper les doutes qui semblent subsister encore dans l'esprit de plusieurs de nos collègues sur ce point de pathogénie.

Un dernier détail relatif à cette pièce : malgré une macération prolongée dans l'alcool, une préparation histologique de la paroi, nous a montré l'existence d'une couche épithéliale stratifiée identique d'ailleurs à celle qui se retrouve à la surface de tous les kystes folliculaires en général et résultant de l'hypergenèse des éléments épithéliaux ordinaires du follicule normal.

Au point de vue thérapeutique les deux cas de M. Herbet ne présentent pas un moindre intérêt :

Chez les deux malades, il y a eu après ouverture de la poche primitive, récidive de la maladie, ou pour mieux dire reproduction sur place. Ici, nous n'hésitons pas à déclarer que, dans notre pensée, la continuation ou la reprise du processus pathologique a été due à l'insuffisance du premier traitement, le *drainage* de la cavité qui n'a pas été continué avec assez de précaution et de durée.

On sait, en effet, avec quelle lenteur s'opère le retrait de semblables poches creuses au sein de maxillaires adultes. Dans plusieurs faits personnels que nous avons traités par le simple drainage pratiqué à l'aide de tubes d'étain, il n'a pas fallu moins de 18 mois à 2 ans pour guérir un kyste du volume d'une grosse noix ou d'une mandarine.

Ces difficultés s'accroissent encore s'il s'agit d'un kyste de la mâchoire inférieure où l'application du drainage permanent est bien

[1] Voir *Annales de gynécologie*, août et septembre 1875.

moins facile et où la stagnation inévitable du liquide devient un obstacle à la guérison. Cependant il est remarquable de voir que dans les deux faits de M. Herbet, le drainage qui a été employé au début a réalisé une diminution considérable de l'un et de l'autre kyste et presque la guérison du second. C'est l'abandon du traitement ainsi institué qui a été la cause certaine de la reproduction de la tumeur, reproduction qui a pris un tel accroissement que l'ablation totale a laquelle a dû recourir le chirurgien d'Amiens était devenue le seul mode de traitement rationnel.

En résumé, messieurs, nous avons l'honneur de vous proposer :

1° De remercier M. le Dr Herbet de ses deux intéressantes observations ;

2° De publier intégralement leur relation dans nos bulletins.

Discussion.

M. Verneuil. Je trouve que M. le rapporteur n'a peut-être pas touché d'une façon suffisante le point vraiment important de la question, qui est celui-ci : voici un kyste présentant 12 poches, doit-on admettre qu'il s'agit d'un kyste développé dans un seul follicule, subdivisé en 12 poches, ou faut-il admettre que 12 follicules dentaires ont contribué à la formation de cette tumeur kystique.

Admettre que douze follicules ont été nécessaires pour produire cette tumeur, me paraît peu admissible, puisque surtout il n'y a pas de dent manquant.

Il y a deux espèces de kystes de la mâchoire sur la nature desquelles on est bien d'accord ; ce sont les kystes périostiques et les kystes folliculaires, mais on est beaucoup moins fixé sur l'origine de ces kystes présentant 20, 30, 50 poches, d'un volume variant entre celui d'un grain de chènevis et celui d'un noyau de cerise.

Est-ce dans la région du follicule que se trouve le point de départ ? oui, répond M. Magitot, puisqu'on a trouvé une dent, mais je ne puis pas admettre que chacune de ces poches ait pour origine un follicule.

C'est sur ce point que je serais heureux d'avoir l'opinion de M. Magitot.

M. Forget. Se joint complétement aux observations de M. Verneuil.

Sur la proposition de plusieurs membres, la discussion est remise à la prochaine séance.

Les conclusions de M. le rapporteur sont mises aux voix et adoptées.

Communication orale.

M. Lister. Plusieurs membres de la Société de chirurgie ont désiré entendre quelques considérations sur la méthode antiseptique ; je suis heureux de me rendre à leur désir.

La réunion par première intention n'est pas une chose nouvelle, et si les chirurgiens la tentent pour de petites plaies, comme le bec de lièvre, ils ne l'obtiennent pas toujours. Le but de la méthode antiseptique est de l'obtenir comme résultat ordinaire et d'obtenir des guérisons dans des conditions où sans la méthode antiseptique, on ne saurait l'espérer.

Prenons, par exemple, les abcès par congestion. Si on ne les ouvre pas, sauf le volume, il n'y aura pas d'inconvénients.

Si on les ouvre avec de petites incisions, il surviendra de la fièvre, des accidents putrides qui entraîneront l'hecticité et la mort.

Si, pour éviter ce danger, on pratique des ponctions avec aspiration, dans la majorité des cas, le pus se reformera, il faudra y revenir souvent et on ne guérira pas le malade.

Mais il en sera tout autrement, si on ouvre largement, si, pour obtenir un libre écoulement, on place un tube à drainage et si, après avoir fait l'opération avec la méthode antiseptique, on fait un bon pansement antiseptique que l'on continuera, avec grand soin, jusqu'à la guérison complète.

Le premier résultat, que l'on obtient, est de ne pas avoir de fièvre, d'obtenir un écoulement séreux qui devient en quelques jours assez peu abondant, pour ne plus changer ce pansement qu'une fois par semaine. Si, à ce pansement, on ajoute la précaution de faire garder la position horizontale, on peut guérir complétement et radicalement les malades.

J'ai, grâce à ce traitement, obtenu un grand nombre de cas de guérison absolue, parmi lesquels il y avait carie et séquestre du corps des vertèbres. Voici un résultat qu'il me paraît difficile d'obtenir par un autre genre de traitement.

La membrane pyogénique des abcès par congestion ne produit pas de pus, à moins qu'elle ne soit irritée. Avant l'ouverture de l'abcès, il y a une tension irritative par accumulation du pus ; si on ouvre sans traitement antiseptique, on enlève la pression, mais on introduit une autre cause d'irritation, la putréfaction. Avant l'ouverture de l'abcès, l'inflammation de l'os, puis la tension, produisent la suppuration; après l'ouverture, il y a suppuration par irritation de la putréfaction. Si on supprime ces causes de suppuration, et si on supprime aussi l'irritation mécanique produite par

la position verticale, on voit que ces lésions ne présentent pas de différence avec les autres inflammations; l'inflammation cesse dès que la cause d'irritation externe a disparu.

Dans les premiers jours qui suivent la formation d'une plaie, il n'y a pas de pus, quelque soit le pansement employé, eau ou charpie, mais quelques jours plus tard, on trouve du pus et des granulations qui ont précédé le pus.

Lorsque les granulations sont formées, on voit, comme dans les poches kystiques, qu'il n'y a pas de tendance à suppurer, s'il n'y a pas d'irritation.

Ainsi dans la méthode des greffes épidermiques de Reverdin, si on met une greffe sur une surface granuleuse, greffe et granulations se réuniront par première intention. Les granulations n'ont donc pas la propriété de faire du pus.

La greffe épidermique agit comme un pansement qui éloigne tous les irritants; dès qu'une surface granuleuse est protégée des causes irritantes, elle cessera de faire du pus et même du sérum.

Si on emploie un topique antiseptique, chlorure de zinc, acide phénique, on verra survenir du pus et des granulations, mais si, entre l'antiseptique et une plaie récente, on place un corps non irritant et capable de protéger la plaie de l'irritation de l'antiseptique, il ne se produira pas de suppuration. Dans les grandes plaies profondes très-écartées, qui se remplissent de caillots de sang, si on place un morceau de protective et par dessus les antiseptiques, on voit que les caillots ne se putréfieront pas et qu'il n'y aura pas de suppuration; en enlevant la couche supérieure du caillot, on trouve une surface cicatrisée sans suppuration et même sans granulation. Nous n'avons pas pu encore obtenir un protective assez parfait pour éviter toute suppuration sur une plaie couverte de granulations, mais on peut diminuer beaucoup l'abondance de la suppuration.

Il y a donc une action directe de l'antiseptique sur les tissus, et j'étais fort étonné au début de mes recherches de trouver du pus, même en éloignant les causes de putréfaction, c'est que l'antiseptique produisait l'irritation de la plaie.

Les substances putréfiées sont irritantes, et si les antiseptiques sont capables de développer de la suppuration, à plus forte raison les substances en putréfaction; mais là se trouve une grande différence, l'irritation de l'antiseptique n'agit que sur le point touché, tandis que la putréfaction étant une fermentation, s'étend partout où il y a des matériaux capables de servir d'alimentation aux vibrions.

Nous voyons donc que nous sommes en droit d'admettre trois causes de suppuration; une première, provenant de l'inflamma-

tion sans putréfaction, une seconde, produite par l'irritation des antiseptiques et une troisième, produite par les substances en putréfaction.

Je ne veux pas entrer dans tous les détails du pansement, mais je désire donner quelques renseignements sur l'emploi du protective.

Le protective, qui n'est autre chose qu'un morceau de tissu vernis, n'a pas de propriété antiseptique et si on le trempe, avant son application, dans de l'eau phéniquée, c'est pour éviter qu'il n'existe à sa surface un corps septique qui ait tendance à se mélanger avec le pus. Mais l'acide phénique, qui se trouve alors en petite quantité sur sa surface, disparaît vite, car, sans cela, le protective deviendrait irritant et n'aurait plus de raison d'être, puisque son rôle est de mettre la plaie à l'abri de l'irritation de l'antiseptique.

Un point important, que je ne saurais trop recommander, est de ne pas laisser dépasser le protective en dehors du pansement, car les causes de la putréfaction pourraient pénétrer au-dessous ; il faut que le pansement antiseptique déborde de tout côté le protective, comme si ce protective était la plaie.

Si on n'emploie, pour un pansement antiseptique, que quelques linges trempés dans une solution phéniquée, et que l'écoulement soit très-abondant, la putréfaction aura lieu en 24 heures, parce que le liquide, provenant de la plaie, chasse rapidement l'antiseptique et que la plaie n'est plus préservée.

Il est donc indispensable que, quelle que soit la substance employée, il y ait une espèce de magasin qui tienne en réserve de la substance antiseptique.

A ce sujet permettez-moi de vous faire part d'une remarque qui a été mise en évidence par mon collègue M. Cristison, c'est que la force d'action d'un médicament en solution ne dépend pas seulement de la quantité de médicament dissoute, mais encore de la manière dont il se comporte avec le véhicule.

Ainsi l'eau a peu d'affinité pour l'acide phénique, l'huile en a bien plus; une solution aqueuse d'acide phénique au vingtième est presque caustique, avec de l'huile au dixième, l'action irritante est bien moins forte et si on emploie de la résine, un mélange au cinquième est presque insipide.

Pour nettoyer un instrument, laver les mains, on se sert d'une solution aqueuse, l'action est forte, mais temporaire; aussi, pour un pansement qui doit rester quelques jours en place, est-il nécessaire de recourir à un véhicule qui ait plus d'affinité pour l'acide phénique. De cette façon, l'écoulement de la plaie peut traverser le pansement, sans lui enlever tout l'antiseptique qu'il tient en réserve.

C'est avec un mélange d'acide phénique et de résine, auquel on ajoute de la parafine pour le rendre moins agglutinatif, que l'on prépare la gaze qui est le véritable réceptacle de l'antiseptique; l'écoulement ne peut pas chasser la résine qui retient fortement l'acide phénique. Outre le protective et la gaze, il y a encore le mackintosh qui a pour but d'éviter le passage direct des liquides de la plaie à travers le pansement, et aussi d'augmenter l'effet antiseptique de la gaze.

Lorsqu'on laisse un pansement appliqué, pendant plusieurs jours, on voit quelquefois le pansement se déplacer par suite des mouvements du malade, surtout pour les abcès par congestion; aussi, pour éviter cet inconvénient, je place une bande élastique au bord du pansement, cette bande peut être appliquée avec une certaine force, sans inconvénient et sans gêne de la circulation.

Dans les cas de plaie superficielle, j'emploie, quelquefois à la place d'acide phénique, de l'acide borique; pour obtenir du lint borique, je trempe le lint dans une solution bouillante d'acide borique et j'obtiens ainsi un riche magasin antiseptique. Le mode de pansement suivant m'a donné d'excellents résultats pour les ulcères de jambe; je purifie d'abord les surfaces épidermiques environnantes avec une solution phéniquée, au 20e, qui pénètre bien 'épiderme et purifie même les follicules pileux. Puis, sur la plaie granuleuse de l'ulcère, lorsqu'il existe de la gangrène, il est nécessaire d'avoir quelque chose de plus fort que l'acide phénique, aussi j'avais employé jusqu'à ces derniers mois le chlorure de zinc, mais il a l'inconvénient si la plaie est vaste, de développer une très-vive douleur, aussi ai-je remplacé le chlorure de zinc, par l'emploi de l'iodoforme ; après avoir lavé la plaie avec de l'acide phénique, on applique de la poudre iodoforme, le protective et par dessus on fait le pansement avec du lint borique qui dépasse de tout côté. Il y a très-peu de suppuration; et après deux ou trois pansements journaliers, on peut laisser le pansement sans y toucher pendant plusieurs jours. Le protective a un double but, éviter l'irritation directe de l'antiseptique et de maintenir la surface de la plaie dans un état constant d'humidité, ce qui empêche la formation d'une croûte sous laquelle pourrait s'accumuler du pus et causer, ainsi, par la tension, une suppuration inflammatoire, et, si on n'évitait pas par le protective la formation de ces croûtes, lorsqu'on enlèverait le pansement, on arracherait facilement la couche epidermique de dernière formation.

J'emploie encore le chlorure de zinc dont l'action est toute spéciale. Une seule application au 1/12 empêche la putréfaction de la plaie, même lorsque les causes de putréfaction ne peuvent pas être écartées. Ainsi après une amputation de la langue, si on

touche la plaie une fois avec la solution de chlorure de zinc, il n'y pas d'odeur jusqu'à ce que la peau soit en conditions granulantes. Il y a certainement une couche de tissu mortifié, mais il faut qu'elle soit presque microscopique, puisqu'on ne peut pas l'apprécier et puisqu'elle n'empêche pas la réunion par première intention.

L'emploi du chlorure de zinc préserve de la putréfaction des plaies qui semblent pouvoir l'éviter difficilement, telles que celles de la cystotomie ou de la fistule à l'anus. Dans les cas où je ne puis enlever tous les trajets fistuleux, je gratte les trajets fistuleux avec une curette, et j'applique du chlorure de zinc, on obtient ainsi d'excellents résultats et, si la putréfaction survient, elle n'apparaît qu'après 3 ou 4 jours et le malade se trouve, au moins dans les premiers jours, à l'abri des accidents d'infection.

M. Desprès. Je ne suis nullement partisan de la méthode antiseptique, car je soutiens qu'elle ne peut donner que des illusions en faisant espérer de pouvoir toujours éviter l'infection purulente.

Pour pouvoir accorder au pansement antiseptique toute sa valeur, il serait nécessaire de prouver que l'air est un agent de putréfaction.

M. Lister ne peut appliquer son pansement aux amputations de langue, aux résections de la mâchoire, et cependant la guérison est la règle. J'ai fait deux amputations du maxillaire supérieur, j'ai eu 2 guérisons ; si la théorie de MM. Lister et Guérin était vraie, il faudrait que toutes ces opérations-là fussent suivies de mort.

J'emploie des pansements qui sont sales, et j'obtiens, cependant, des guérisons, mais j'emploie toujours l'immobilisation absolue et M. Lister reconnaît son utilité, puisqu'il l'emploie pour les abcès par congestion.

Ce n'est pas dans l'air, mais bien dans la plaie qu'il faut chercher les causes d'irritation.

Quant à la méthode préconisée pour le traitement des abcès par congestion, je demanderai à M. Lister s'il est certain de ne pas avoir d'insuccès. Dans les abcès de cette nature, il y en a de deux espèces ; les uns guérissent seuls, soit qu'on les traite par la méthode antiseptique, ou par le drainage ; les autres, suite de carie en voie de puissance, ont toujours une tendance à récidiver. Et je suis presque certain que, sur les malades dont nous a parlé M. Lister, il y aura des récidives.

M. Lister. Je ferai observer que la méthode à ciel ouvert est aussi un traitement antiseptique, car l'écoulement des liquides se fait assez vite pour éviter les mauvais effets de la putréfaction, mais il est certain qu'il est préférable d'obtenir la réunion immédiate.

Quant aux opérations qui se font sur la bouche, ce sont des cas pour lesquels Syme avait l'habitude de dire que l'on avait toujours un excellent pansement, puisqu'il y a toujours de la salive qui lave lasurface de la plaie; c'est presque un pansement antiseptique. Pour qu'il y ait de mauvais résultats, il faut qu'il se produise, à la surface de la plaie, des modifications chimiques s'accompagnant de mauvaise odeur.

Or, comme il y a toujours une portion de tissu mortifié, il y aura certainement une irritation avec gonflement de la joue, et production de mauvaise odeur, et si on a soin d'employer la solution de chlorure de zinc, on évitera ces accidents et on obtiendra des résultats très-remarquables.

Avec le pansement antiseptique, je n'ai pas besoin de l'immobilité et, en effet, je ne cherche qu'à immobiliser le bord du pansement; ne pouvant pas avoir de causes de putréfaction, je n'ai pas besoin d'immobilité.

On m'objecte que les abcès de la fosse iliaque guérissent seuls et que mes résultats ne sont pas définitifs. Je regrette de ne pouvoir montrer les malades, parvenus au dernier degré de l'hecticité, et qui, dès le lendemain de l'application du traitement antiseptique, ont vu disparaître la fièvre. Je ne dis pas que je suis à l'abri de toute récidive, mais j'affirme que, dans la majorité des cas, j'ai obtenu une guérison définitive.

Pour éviter les récidives, il ne faut pas laisser les malades se lever; dès que les fistules sont cicatrisées, il faut exiger un repos de 6 à 7 semaines, puis permettre un quart d'heure de marche; s'il y a de la douleur, les remettre au repos jusqu'à nouvelle tentative. Avec ces précautions, j'ai obtenu des guérisons qui persistent depuis assez longtemps pour pouvoir affirmer une guérison définitive.

Lecture.

M. Panas donne lecture d'un travail intitulé :

Deux cas de pannus granuleux de la cornée ayant résisté à la *péritomie* et à tous les topiques préconisés en pareils cas et qui ont été complétement guéris par l'*inoculation blennorrhagique*.

Le traitement du pannus grave de la cornée par l'inoculation blennorrhagique est de date relativement récente. C'est à Frédéric Jæger, en 1812, que la science est redevable de ce mode de traitement qui trouva depuis des imitateurs dans *Piringer* de Gratz;

Kerst, en Hollande, *Dudgeon*, en Écosse ; *Stout*, en Amérique ; *Fallot, Haision, van Roosbroeck* et *Warlomont* en Belgique. — Parmi nous, il faut le reconnaître, il n'y eut que des imitateurs peu nombreux, et, la plupart du temps, timides, c'est pourquoi il est encore utile aujourd'hui de publier les faits recueillis dans ce sens, bien qu'ils ne présentent en eux-mêmes rien qui n'ait été déjà maintes fois reconnu et proclamé.

La dernière malade que j'ai traitée et guérie de la sorte va être soumise à votre examen pour que vous puissiez juger par vous-même de l'excellence du résultat obtenu. C'était une personne absolument aveugle avant le traitement subi, et qui actuellement peut vaquer librement à ses occupations, outre qu'elle a été délivrée des horribles souffrances éprouvées par elle pendant sa longue et cruelle ophthalmie granuleuse.

L'autre malade est un jeune homme, mécanicien de profession et qui, lorsqu'il m'a été adressé à l'hôpital par mon excellent collègue et ami M. F. Guyon, avait déjà subi inutilement toute espèce de traitement y compris la péritomie. Privé de lumière, et malgré cela sujet à une photophobie atroce, ayant les yeux transformés en deux morceaux de chair rouge, suintant de pus, et recouverts par des paupières énormément tuméfiées, cet homme pouvait passer pour incurable. Or, c'est dans ces conditions que l'inoculation blennorrhagique lui a rendu la santé et la vue, et depuis trois ans que je suis cet homme, il continue à travailler dans son atelier de son métier de mécanicien. Chose remarquable, et sur laquelle j'appelle l'attention de la Société, non-seulement la cornée a retrouvé sa transparence, mais la face interne des paupières, jadis recouverte de grosses granulations fongueuses rappelant par la forme et le volume les papilles caliciformes de la base de la langue, est *redevenue lisse* et c'est à peine si elle conserve des traces cicatricielles de trochoma. Ce fait est d'autant plus digne d'être noté, que des granulations palpébrales, beaucoup moins développées, traitées par les moyens ordinaires (caustique lunaire, caustique au sulfate de cuivre, etc.), laissent habituellement après elles, beaucoup plus de trochoma que cela.

On dirait donc, et cela est d'accord avec la remarque de Warlomont, que le virus blennorrhagique jouit d'un pouvoir résolutif des granulations qui n'est comparable à aucun autre mode de traitement, opposé à ces productions véritablement néoplasiques.

Le pus dont nous nous sommes servi pour pratiquer les deux inoculations a été puisé chez des personnes atteintes de *blennorrhagie uréthrale aiguë*. C'est dire que nous l'avons pris aussi actif que possible, imitant en cela, van Roosbroeck et Warlomont. On sait qu'il n'a pas toujours été ainsi et que l'inventeur de la mé-

thode, Jaeger, n'avait osé se servir que du liquide purulent formé par des yeux atteints d'ophthalmie des nouveau-nés.

Il est à peine besoin de rappeler ici que l'inoculation blennorrhagique n'est applicable que dans certains cas déterminés et qu'elle est absolument contre-indiquée dans d'autres.

C'est ainsi que pour les cas relativement légers de pannus de la cornée, alors que cette membrane conserve partiellement sa transparence, les moyens ordinaires de traitement, aidés au besoin de la *péritomie* suffisent amplement.

De même lorsqu'un seul œil est atteint de pannus, l'autre œil restant sain, il faut rejeter l'inoculation blennorrhagique, dans la crainte de voir l'œil sain se contaminer et se perdre par fonte purulente. Nous savons qu'il a été conseillé de le préserver en y appliquant un bandeau pendant tout le temps que devra mettre l'œil malade inoculé à guérir, mais nous craindrions fort que ce ne fût là qu'un rempart illusoire, ainsi que le prouve notre première inoculation. Ici l'inoculation de l'un des yeux s'est transmise deux jours après à l'autre œil, que nous nous proposions du reste d'inoculer, sitôt que la marche des choses nous eût paru favorable sur l'œil primitivement imprégné de virus blennorrhagique. Chez notre seconde malade, l'inoculation fut faite simultanément aux deux yeux, ce qui constitue en somme une meilleure pratique ainsi que cela a été soutenu à juste raison par Warlomont, la durée du traitement se trouve raccourcie par là, et l'on ne s'expose pas à voir l'œil inoculé le premier et déjà en voie de résolution se prendre d'une nouvelle attaque de blennorrhagie aiguë transmise par l'œil inoculé le dernier.

Quant au mode d'inoculation employé il a consisté dans nos deux cas à déposer une goutte de pus blennorrhagique sur la face conjonctivale de la paupière inférieure primitivement renversée, puis à bander les yeux pour empêcher le pus de se porter en dehors, précaution qui ne nous paraît pas d'ailleurs indispensable.

Dans la crainte que l'action du virus blennorrhagique n'aille trop loin, nous avons employé dans nos deux cas la méthode abortive, en touchant les premiers jours, seulement, la face conjonctivale des paupières à l'aide du crayon de nitrate d'argent mitigé, et en y appliquant des compresses glacées ; sitôt que le chémosis et la suppuration sont rentrés dans de justes limites, nous avons cessé cet ordre de moyens, laissant les choses marcher d'elles-mêmes, à part les lavages réitérés des yeux et les autres moyens de propreté usités en pareil cas.

Chose vraiment remarquable ! La photophobie intense, les douleurs ciliaires insupportables, tant oculaires que périorbitaires dont se plaignaient nos malades, et l'insomnie, le tout a cédé très-rapide-

ment après l'inoculation blennorrhagique. On dirait en vérité que le travail suppuratif qui se passe à la surface de l'œil et de la conjonctive a pour effet de faire cesser la congestion et la tension intra-oculaire comme le ferait un agent révulsif. Et c'est ainsi qu'on peut s'expliquer seulement la cessation rapide de la photophobie et des douleurs intra et circum orbitaires.

Conformément à des faits d'observations analogues, nous avons noté chez nos deux malades après leur guérison complète une certaine tendance de la cornée à s'injecter facilement et de la conjonctive palpébrale à rougir et à devenir de temps à autre le siége de petites poussées granuloïdes. Mais dans les deux cas, des attouchements alternatifs avec un collyre de nitrate d'argent au 30e et un cristal de sulfate de cuivre, aidés du repos momentané des yeux et de quelques douches de vapeur locales nous ont suffi pour y mettre fin et pour consolider la guérison. C'est sans doute lorsqu'on a négligé ces moyens complémentaires (la *nach car*, comme diraient les Allemands), qu'on a eu à enregistrer des récidives du pannus et qu'on a été obligé d'avoir recours à de nouvelles inoculations blennorrhagiques.

Kérato-conjonctivite granuleuse chronique avec pannus sarcomateux. Insuccès de tous les traitements classiques. Inoculation de pus blennorrhagique. Guérison.

(Observation recueillie par V. Bellouard, interne du service.)

Obs. I. — Walter (Simon), âgé de 27 ans, peintre en bâtiments, scrofuleux.

Entré le 31 juillet 1875, salle Saint-Ferdinand *bis*, lit n° 3.

Il y a 8 ans, étant militaire, ce jeune homme a été pris d'une conjonctivite catarrhale aiguë qui a cédé à l'application d'un traitement énergique. Au bout de quelques mois, une inflammation chronique s'est établie graduellement, et a abouti à la production de granulations conjonctivales. Peu à peu les granulations ont, à leur tour, gagné du terrain, un an après le début de ces accidents, le malade avait cessé d'y voir ; toute son acuité visuelle se bornait à distinguer, et encore péniblement, le jour de la nuit. Plusieurs chirurgiens spécialistes, successivement consultés, ont usé de tous les moyens de traitement sans en obtenir le moindre résultat.

En 1871, M. Galezowski pratiqua la section des vaisseaux cornéens de nouvelle formation, puis le malade abandonna tout traitement et se contenta de laver fréquemment ses yeux à l'eau tiède.

Grâce probablement à cette première opération, une amélioration marquée se produisit, le malade put reprendre ses travaux (peintre en bâtiments), pendant 8 mois. Mais alors de nouveaux accidents survinrent. Sous la poussée inflammatoire, la cornée fut une seconde fois envahie par les granulations.

M. de Wecker fit, à cette époque, l'opération de Pagenstacher, consistant dans l'agrandissement de la fente palpébrale, puis débridement avec bordage de la commissure externe des paupières, puis il abrasa la cornée, et cautérisa chaque jour les granulations avec l'acétate de plomb. Il en a été ainsi pendant plusieurs mois sans aucun résultat satisfaisant.

A bout de ressources, le malade se décida alors à demander des soins à l'hôpital Necker. Après plusieurs essais de traitement infructueux, M. le Dr Guyon pratiqua la péritomie, mais cette opération ne fut suivie d'aucune amélioration ; et M. Guyon envoya le malade à Lariboisière, dans le service de M. Panas.

31 *juillet.*— Au moment de son entrée à l'hôpital, les conjonctives et les cornées sont totalement envahies par les granulations, au lieu des deux globes occulaires, il semble voir deux morceaux de drap rouge, suivant l'excellente comparaison qui en a été faite.

Le malade ne distingue absolument que la différence du jour à la nuit : il n'apprécie rien au moment où l'on fait passer la main entre ses yeux et une source lumineuse.

Il semble que du côté droit la lésion ne soit pas encore parvenue à un point tout à fait aussi avancé qu'à gauche.

Photopsie intense. — Chémosis avec flots de larmes et de mucopus.

En présence de l'insuccès de tous les moyens de traitement employés jusque-là, M. Panas se décide à recourir à l'inoculation de pus blennorrhagique.

5 *août.*— L'inoculation est faite dans l'œil gauche seulement, les premiers effets n'ont commencé à se manifester que 3 jours après, mais soit que le malade ait touché l'autre œil avec ses doigts après les avoir souillés du pus de l'œil inoculé, soit que les larmes ou les linges de pansement aient servi de voie de transmission, l'œil droit a été envahi des accidents inflammatoires quelques heures après le gauche, seul inoculé.

Le premier symptôme a été une douleur extrêmement vive, qui a nécessité le surlendemain de son début, l'application de 5 ventouses Heurteloup, le côté droit, qui n'avait pas été inoculé primitivement, et sur lequel les accidents n'ont débuté que quelques heures plus tard, a été le plus violemment atteint par la douleur. Après les ventouses on a appliqué sur les yeux un cataplasme de fécule de pomme de terre, glacé et renouvelé d'heure en heure. Chaque matin on faisait une cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent.

L'écoulement purulent des conjonctives était très-abondant, au point que le malade était obligé de se tenir couché sur le côté pour que son visage ne fût pas inondé et que le pus n'ait pas tant de tendance à gagner les fosses nasales par les conduits lacrymaux.

Huit jours après, les cataplasmes ont été remplacés par des compresses d'eau chaude pour activer la fonte purulente des granulations et du pannus; l'écoulement purulent continuait.

L'application de ces compresses a été continuée pendant trois se-

maines. Les yeux étaient, en même temps, exactement bandés. Peu à peu la suppuration a diminué. Les douleurs et la photophobie disparurent en entier.

Après ces trois semaines, on a supprimé les compresses d'eau chaude et le bandeau.

Sous l'influence de ce traitement, qui a produit la fonte purulente, les granulations ont considérablement diminué.

Au commencement du mois de septembre, le malade pouvait se conduire seul.

15 *septembre* 1875.— Les progrès de l'amélioration continuent. Aujourd'hui on voit très-bien les iris à travers les cornées. Le malade peut de mieux en mieux se servir de ses yeux ; il distingue facilement la physionomie des personnes qui l'entourent.

L'acuité visuelle est meilleure à droite qu'à gauche.

Depuis quelques jours on a dû appliquer une serre-fine à la paupière supérieure pour renverser en dehors le bord ciliaire de celle-ci. et supprimer la cause d'irritation constante occasionnée par le frottement des cils contre la cornée. La serre-fine est fixée par en bas à un fil qui est appliqué sur la joue par une couche de collodion, et pour que la peau ne s'ulcère par compression, on change très-fréquemment le point d'attache des mors de la serre-fine.

Dans le courant d'octobre, le malade quitte l'hôpital parfaitement guéri et il retourne à son atelier où il a continué à travailler depuis.

Une seule fois il s'est présenté à nous depuis, en 1877, pour une congestion de ses conjonctives, d'où nous concluons que l'individu continue à bien aller.

Pannus granuleux. — Inoculation blennorrhagique.

Obs. II. — Carbonnet (Catherine), âgée de 44 ans, marchande des quatre saisons, entrée à Lariboisière, le 1er juillet 1877, salle Sainte-Marthe *bis*, lit n° 5.

(Observation recueillie par M. Charles Leclère.)

Cette femme assez bien portante habituellement, a eu des douleurs rhumatismales en 1870, elle est également sujette à avoir des maux de têto. Elle n'avait jamais eu d'affection oculaire jusqu'il y a deux ans.

A cette époque, elle vivait avec sa mère et son fils qui tous deux avaient des granulations.

Elle n'échappa pas à la contagion, à cette époque elle vint à la consultation de la salle Helmholtz, où on lui cautérisa les paupières avec le crayon de sulfate de cuivre : traitement habituel des conjonctivites granuleuses.

Elle fut traitée pendant 6 mois avec des alternatives en bien et en mal. Depuis un an, elle a toujours conservé de la rougeur des yeux, des picotements, du gonflement des paupières.

Les granulations ont déterminé de la kératite, brouillard sur la vue qui s'est étendu à tout le champ visuel en commençant par la partie supérieure.

Actuellement la malade voit mieux encore à la partie inférieure.

Depuis le mois de février 1877, la malade ne voit plus pour se conduire : depuis la même époque, les douleurs ont cessé.

Auparavant, elle avait de grandes douleurs dans la tête; il y avait également un écoulement muco-purulent très-abondant qui a beaucoup diminué.

Lorsque la malade se présente à la consultation, on constate les lésions suivantes :

Œil droit. — Conjonctivite, avec granulation très-prononcée; s'étendant également à toute la conjonctive bulbaire et palpébrale : les exsudats et les vascularisations qui s'étendent sur le globe empêchent de distinguer aucunement la cornée.

Œil gauche. — La conjonctivite est moins prononcée; la cornée recouverte d'exsudats et de vaisseaux peut être reconnue à une teinte plus sombre. Chémosis dans le cul-de-sac inférieur de la conjonctive. De cet œil, le malade voit encore les doigts sans les distinguer, mais à condition qu'on les place à l'extrême limite inférieure du champ visuel.

Des deux côtés les conjonctives sont charnues, fongueuses, couleur lie de vin.

Écoulement séreux ou séreux purulent assez abondant.

La malade voit la clarté des lumières à 5 ou 6 mètres, elle redoute la lumière vive.

5 *juillet.* — Inoculation sur les deux yeux, par simple dépôt sur la conjonctive de pus blennorrhagique. Ce pus avait été recueilli le matin même sur un malade de l'hôpital du Midi, dont l'écoulement vierge de tout traitement datait de cinq à six jours.

Le soir, l'écoulement de pus est déjà plus abondant.

6. — Le lendemain matin, la coloration de la conjonctive, autrefois lie de vin est devenue franchement inflammatoire et a l'aspect d'une plaie de bonne nature en pleine suppuration.

Écoulement purulent très-abondant, cautérisation avec la solution de nitrate d'argent 1/30.

7. — La suppuration a augmenté d'abondance, pus jaune-verdâtre, analogue à celui de la blennorrhagie à l'état aigu.

Gonflement énorme avec œdème des paupières. État granuleux très-évident des conjonctives. Durant toute la journée, le pus s'écoule spontanément de la fente palbébrale.

Application de glace en permanence. Cautérisation directe de la conjonctive avec le crayon mitigé, nitrate d'agent, une partie, nitrate de potasse, une partie.

8. — L'écoulement purulent à diminué. Œdème des paupières surtout marqué à la paupière supérieure.

La conjonctive du côté droit est moins rouge que les jours précédents.

A gauche, rougeur vive et écoulement très-abondant.

9 *juillet.*—Cautérisation directe avec le crayon mitigé. Continuation de la glace.

La malade se plaint que le jour lui fait mal, même au travers des paupières.

10. — Écoulement de pus très-abondant. Collyre au nitrate d'argent 1/30.

La partie supérieure de la cornée droite paraît être recouverte d'une couche vasculo-charnue moins épaisse.

La cornée apparaît sous forme de cercle plus foncé. Pas de douleurs. Œdème sous-conjonctival et palpétral. Glycérine.

11. — Glycérine. Cessation de la glace.

12. — La suppuration a été plus abondante dans la journée et dans la nuit.

13. — Plus d'écoulement. On aperçoit les cornées recouvertes de bourgeons charnus ; tout autour chémosis, bourrelet conjonctival.

La malade voit un peu mieux de l'œil gauche, surtout du côté externe.

23. — Les cornées sont moins recouvertes de bourgeons charnus, le tissu cornéen apparaît sous une couche de pannus très-épaisse : il est opaque dans toute son épaisseur.

Amélioration de la vue : la malade perçoit les gros objets. Suppuration assez abondante.

Glycérine en collyre.

30. — Les cornées continuent à s'éclairer. Toujours un écoulement muco-purulent.

Glycérine.

10 *août.* — Plus de vascularisation anormale de la sclérotique ; le trachome des paupières a en grande partie disparu.

La cornée continue à s'éclaircir et laisse voir l'iris.

15. — Depuis deux ou trois jours, écoulement assez abondant. Céphalalgie assez accentuée.

La malade voit assez clair pour se conduire. La lumière vive cause une impression douloureuse.

27. — L'amélioration se prononce de plus en plus. La pupille est parfaitement mobile. La malade distingue les couleurs.

Sensibilité à la lumière vive.

Glycérine.

La suppuration varie d'abondance suivant les jours.

Septembre. — La cornée et la sclérotique ont perdu toute vascularisation anormale.

Les paupières sont souples, lisses à leur surface conjonctivale.

Il n'existe plus de granulations apparentes.

La cornée est trouble dans son épaisseur, à cause de la kératite causée par les granulations. Sulfate d'atropine 10/30. Douches de vapeur.

Novembre. — Les opacités cornéennes ont beaucoup diminué, le trouble de la vision a presque disparu.

Nouvelle poussée de granulations.

Cautérisation au sulfate de cuivre et au nitrate d'argent.

4 *janvier* 1878. — La malade voit suffisamment pour se conduire. Le soir, la vue est encore très-troublée. Il reste encore des granulations de la paupière surtout à gauche.

Trouble de la cornée. Injection conjectivale assez intense.

Cautérisation avec nitrate d'argent ou sulfate de cuivre. Continuation de quelques applications de ce genre pendant les mois de février jusqu'à aujourd'hui, fin juin. La guérison nous paraît être assurée moyennant une bonne hygiène des yeux.

Présentation de malade.

M. Tillaux présente un malade auquel il a pratiqué le désenclavement du nerf radial, survenu à la suite d'une fracture remontant au mois de novembre 1877. La paralysie était survenue de suite après l'accident.

M. Lister demande s'il y avait de la douleur accompagnant la paralysie.

M. Tillaux dit qu'il n'y avait que de l'anesthésie, une main absolument inerte.

Présentations d'appareils.

I

Nez artificiel, par M. Martin, dentiste à Lyon.

M. Verneuil présente au nom de l'auteur, un jeune homme muni de l'appareil prothétique nouveau et une série de photographies représentant d'autres sujets auxquels le nez artificiel a été également appliqué.

Les résultats sont très-remarquables et les difformités parfaitement dissimulées, la prothèse qui n'avait jamais atteint ce degré de perfection l'emporte de beaucoup, il faut en convenir, sur ce que l'autoplastie a donné jusqu'ici dans des cas d'égale gravité.

L'appareil se compose de deux pièces :

La première, en or, en caoutchouc ou en même matière que le nez, s'introduit dans la bouche, s'adapte au palais à la façon d'une pièce dentaire ordinaire.

Dans l'interstice de la deuxième petite molaire et de la première grosse molaire passe une lame d'or servant à relier à la pièce du

palais une autre lame d'or très-mince qui s'applique extérieurement sur les gencives, sans y provoquer la moindre compression. Elle contourne l'arcade dentaire.

Vers le milieu de cette pièce extérieure, au niveau de la grande et de la petite incisives, est soudé un petit tube d'or de 3 à 4 centimètres, de manière à respecter le frein de la lèvre et l'épine nasale.

Ce tube traverse le repli labio-gingival supérieur, et, arrivant dans la fosse nasale, y reste élevé d'un centimètre environ.

Cette partie, qui est percée d'avant en arrière, supportera le nez artificiel. L'adaptation se fait d'une manière très-simple, à l'aide d'une tige d'or partant de la face concave du nez et passant dans le trou du tube.

Un ressort placé dans l'intérieur de ce tube maintient fortement le nez.

Celui-ci est en céramique. Fait avec une pâte particulière dont la composition chimique se rapproche beaucoup de la porcelaine dure de Chine ; mais qui donne un produit plus léger et plus transparent de sorte que la main de l'artiste peut imiter la nature avec une grande exactitude.

Le malade enlève son nez à volonté en pressant le ressort qui se trouve placé sous la lèvre supérieure.

II

M. Farabeuf présente au nom de M. Colin, fabricant d'instruments, deux bras artificiels. Ces bras sont terminés par une pince manuelle dont le mécanisme s'obtient au moyen des muscles adducteurs de l'humus dont tout le monde connaît la force.

Dans un de ces bras, le mouvement d'adduction ferme la pince ; dans l'autre, le même mouvement produit l'ouverture de cette pince qui est fermée par un ressort puissant.

Dans ce second bras, il a fallu combiner ingénieusement le mécanisme de deux petites mouffles qui permettent d'obtenir, avec un petit mouvement d'adduction, une ouverture beaucoup plus considérable de la pince.

La séance est levée à 5 h. 50 m.

Le secrétaire,
Horteloup.

Séance du 3 juillet 1878.

Présidence de M. Tarnier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine, les *Archives générales de médecine*, le *Bulletin général de thérapeutique* ;

2° Le *Marseille médical*, la *Gazette médicale de Bordeaux*, le *Bordeaux médical*, la *Gazette médicale de Strasbourg*, l'*Union médicale du Nord-Est*, le *Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne*, la *Revue médicale de l'Est*, le *Lyon médical* ;

3° Le *Bulletin de l'académie royale de médecine de Belgique*, *Centralblatt für Chirurgie*, la *Gazette médicale Italienne-Lombarde*, la *Gazette de santé militaire de Madrid*, *The British medical Journal* ;

4° Une brochure intitulée : *Des fistules péniennes cicatricielles et de leur traitement*, par le Dr Réverdin, professeur de pathologie externe à l'école de médecine de Genève ;

5° Une lettre de M. le Dr Chauvel, membre correspondant, accompagnée de deux observations intitulées : la première, *Chute sur la paume de la main. Luxation du coude en arrière incomplète. Fracture de la trochlée* ; la seconde, *Plaie par instrument tranchant, pénétration de l'abdomen et des deux plèvres. Issue de l'épiploon. Perforation de la rate. Section de la moelle épinière à la partie inférieure. Hémothorax double.* Mort le 3e jour ;

6° Une observation de M. le Dr Poinsot, de Bordeaux, intitulée *Anévrysme traumatique de l'artère occipitale. Hémorrhagie grave consécutive à l'ouverture spontanée compression périphérique*, guérison ;

7° *De la fièvre dite bilieuse inflammatoire aux Antilles et dans l'Amérique tropicale*, par M. le Dr Bérenger Féraud, médecin en chef de la marine (présenté par M. Larrey) ;

8° *Superiosteal excision of the entire scapula and head of the humerus; recovery*, par M. Charles Brigham, *docteur médecin* de San-Francisco (présenté par M. Larrey) ;

9° La notification, par M. Larrey, de la perte faite par la Société de chirurgie dans la personne de M. Charles-Henri Ehrmann, doyen honoraire de l'ancienne faculté de médecine de Strasbourg.

10° Un ouvrage de M. le professeur Verneuil sur une série de vingt-sept grandes amputations, avec des remarques sur le pronostic actuel de ces opérations et les meilleurs pansements qui leur conviennent.

A propos du procès-verbal.

M. Desprès. J'aurais voulu répondre à M. Lister que la salive, en lavant les plaies de la bouche, est si peu antiseptique, que dans une variété de plaies de la bouche, une seule, la fracture multiple de la mâchoire inférieure, les accidents les plus formidables ont été observés.

Les plaies de la bouche ont la valeur d'expérience; toutes les plaies autres que les fractures multiples de la mâchoire inférieure guérissent sans pansement ouaté, sans pansement de Lister, sans pansement antiseptique, etc.; elles guérissent parce que la salive constitue un pansement humide suffisant.

Les fractures multiples de la mâchoire inférieure ne guérissent pas et sont compliquées, parce qu'il faut une autre condition, une bonne immobilisation des lèvres de la plaie.

Ces faits démontrent que tout le secret pour obtenir la guérison d'une plaie, ce ne sont ni l'ouate, ni l'acide phénique, ni tous les antiseptiques ; c'est assurer une atmosphère humide sur la plaie et maintenir l'immobilité absolue de ses lèvres.

Discussion sur la pathogénie des kystes multiloculaires de la mâchoire (variété folliculaire).

M. Magitot. M. Verneuil a fait au rapport que j'ai eu l'honneur de lire dans la dernière séance des objections qui sont en fait très-fondées. Mon excellent maître a présenté les objections avec une bienveillance et une courtoisie que j'ai d'ailleurs toujours rencontrées de sa part et dont je le remercie une fois de plus.

Ses observations, je le reconnais, sont de la plus haute importance, car il s'agit de déterminer comment un kyste des mâchoires de la variété *folliculaire* peut devenir *multiloculaire*. Je n'ai abordé dans mon rapport ce point de la question que superficiellement, en émettant à l'égard de l'un des deux faits de M. Herbet des hypothèses tendant à expliquer la présence d'une douzaine de poches dans un kyste au fond duquel s'était rencontrée une dent molaire adhérente à la paroi.

J'étais ainsi réduit à émettre des hypothèses, n'ayant pas suivi personnellement l'évolution de ce cas particulier; mais aujourd'hui qu'il s'agit de considérer le problème dans son aspect plus général, je vais m'efforcer d'établir en principe par quel mécanisme un kyste folliculaire, primitivement unique à son début, peut devenir multiloculaire.

Ce mécanisme repose sur *trois* processus différents qui, je me hâte de le dire, sont établis d'une façon irrécusable par des faits enregistrés dans la science.

Ces trois processus sont :

1° Plusieurs follicules sont simultanément siége de transformation kystique et la masse comprend un nombre de loges égal à celui des follicules affectés.

2° Un follicule isolé, affecté de maladie kystique, se cloisonne intérieurement en un nombre variable de loges, soit communicantes, soit distinctes.

3° Enfin, une masse kystique composée d'un nombre quelconque de loges résulte de l'hypergenèse de follicules frappés simultanément du même trouble de nutrition.

J'ai dit que chacun de ces trois mécanismes trouvait sa démonstration dans des faits existants, mais il est bien entendu qu'il ne s'agit ici que des kystes des mâchoires formés d'emblée, des kystes essentiels. Il faut écarter du débat les kystes compliquant des tumeurs, odontomes, fibromes, etc., dans lesquels la présence des kystes repose sur une explication différente.

Le premier de ces trois processus est très-facile à saisir : deux follicules contigus, par exemple, sont simultanément, et par suite, si l'on veut, d'un même traumatisme, affectés de transformation kystique et la tumeur présente deux loges contenant l'une une couronne bien formée, l'autre un tissu mou ; l'un des follicules était parvenu à la période coronaire, l'autre n'était arrivé qu'à sa période embryoplastique ; les différences d'évolution contemporaine des follicules d'une région alvéolaire déterminée donnent ainsi facilement l'explication de ces particularités. Un fait observé par Barnes d'un kyste biloculaire de la mâchoire supérieure rentre exactement dans cette première catégorie, avec cette nuance que l'un des follicules kystiques où a été rencontré une dent était surnuméraire [1].

A l'égard de la seconde théorie, le cloisonnement d'un kyste primitivement uniloculaire, personne, je pense, n'hésitera à admettre que, soit spontanément, soit sous l'influence de phénomènes inflammatoires accidentels, une poche simple puisse se cloi-

[1] *Med. chir. trans.* London, 1813, t. IV, p. 316.

sonner en un nombre variable de loges pouvant rester communicantes ou s'isolant définitivement.

Dans un ensemble de cent observations que j'ai recueillies naguère, j'ai rencontré plusieurs faits dans lesquels les auteurs, ayant plongé le doigt dans un kyste, ont constaté l'existence de cloisons, de brides divisant incomplétement en plusieurs compartiments un kyste, et j'ai en ce moment sous les yeux la relation encore inédite d'un fait de kyste folliculaire de la mâchoire inférieure, avec dent incluse, dans lequel l'exploration du doigt a reconnu l'existence de plusieurs enfoncements en infundibulum formant ainsi un commencement de loges secondaires.

C'est à cette deuxième variété que je serais tenté de rattacher le kyste multiloculaire de M. Herbet ; la maladie dans ce cas remontait, comme on l'a vu, à l'enfance : de nombreux abcès s'étaient produits dans la bouche et aussi, à l'extérieur, sur la peau de la région de l'angle de la mâchoire. Ces abcès, dont aucun d'eux ne semble avoir réussi à ouvrir la poche principale, celle qui contenait la dent originaire, avaient probablement pour siége quelques-unes de ces poches secondaires.

La formation de ces poches peut aussi résulter d'un travail inflammatoire qui aurait pour signe l'épaisseur même de la poche kystique hypertrophiée.

Au sein du tissu conjonctif de cette paroi, des amas de matière amorphe arrivent à constituer des poches accidentelles par un mécanisme analogue à celui qui a été invoqué depuis longtemps par Muller dans la formation des tumeurs fibro-kystiques. Dans le cas de M. Herbet on peut encore invoquer ce mécanisme, car les loges secondaires qu'on y observe sont relativement petites et assez exactement groupées à la périphérie de la loge principale. Dans cette hypothèse, ces loges secondaires auraient pu revêtir la physionomie d'abcès pour passer de là à l'état kystique.

Les auteurs, et en particulier M. Broca, ont depuis longtemps établi la possibilité de cette transformation d'un abcès dans un kyste, mécanisme dont la présence de la cholestérine reste d'ailleurs une démonstration et un témoin.

Enfin, Messieurs, le troisième mécanisme de la formation multiloculaire d'un kyste par la multiplication ou l'hypergenèse de follicules nous amène à un point des plus intéressants de l'évolution embryogénique, sur lequel je demande la permission de m'arrêter un instant.

Nous savons, en effet, que les mâchoires recèlent pendant la période de formation folliculaire un certain nombre de produits auxquels sont dévolus des rôles divers.

Parmi ces produits, je signalerai ces masses épithéliales qui, à la suite de la clôture des follicules, végètent et prolifèrent d'une façon si remarquable. Ce sont ces masses épithéliales dont M. Verneuil a eu dernièrement l'idée si ingénieuse d'invoquer l'intervention dans la production de l'*epithelioma terebrant* des mâchoires [1].

Or ces bourgeonnements épithéliaux sont le centre de phénomènes physiologiques ou plutôt tératologiques des plus curieux. Ils sont le point de départ de la formation des *dents surnuméraires*; tantôt l'un de ces bourgeons, tantôt un plus grand nombre, s'organisent à la manière du cordon épithélial folliculaire normal et deviennent le centre de développement d'autant de follicules dentaires complets.

C'est à ce mécanisme que se rapportent les faits de formation sur place de 15 et jusqu'à 24 dents surnuméraires réunies en groupes sur un point des maxillaires; Tomes et Tellander [2] en rapportent des exemples. Mais cette prolifération, cette hypergenèse de follicules, peut aboutir non plus à la formation d'un groupe de dents à forme définie, mais à une tumeur polycystique dont chaque loge représente un follicule primitif.

Je puis fournir à l'appui de ce mécanisme deux faits absolument démonstratifs. Ils sont tous deux publiés depuis 1875 [3]; ce sont deux exemples de *polygnatie* chez l'homme, compliquée de productions kystiques multiples.

La *polygnatie* est cette monstruosité décrite pour la première fois par I. Geoffroy-Saint-Hilaire, et qui consiste dans la production d'un maxillaire supplémentaire. Cette anomalie résulte de la bifurcation d'un bourgeon maxillaire supérieur ou inférieur, qui engendre ainsi deux maxillaires au lieu d'un seul; mais ce qui fait l'intérêt de cette monstruosité au point de vue qui nous occupe, c'est qu'elle se complique le plus souvent du développement de kystes, soit aux dépens des follicules contenus dans l'os nouveau, soit aux dépens de follicules surnuméraires en nombre parfois incalculable.

C'est précisément ce que nous avons constaté dans les deux exemples de polygnathie, chez l'homme, que nous avons eu la bonne fortune de rencontrer et de décrire.

L'un de ces exemples, dont je présente ici la pièce, est constitué

1 Voir à cet égard le mémoire Ch. Legros et J. Magitot, Origine et formation du follicule dentaire chez les mammifères. *Journal d'anatomie* de Ch. Robin, 1873, p. 469, et pl. XVIII, figures 1, 2 et 3.

2 Tomes, *Transact. of the Odontological Society of Great Britain*, 1re série, vol. CXI, p. 365. Tellander, *eod. loc.*, p. 282.

3 *Annales de Gynécologie*, Paris, 1875, août et septembre.

par une tumeur dans laquelle on reconnaît la présence de deux arcades dentaires soudées en une seule masse, à l'extrémité de laquelle se trouvent des loges nombreuses dues à la distension des follicules devenus kystiques. La pièce, malheureusement, n'a pas été étudiée à l'état frais ; elle a été d'ailleurs présentée à la Société au point de vue chirurgical, par l'un de nos collègues, M. Faucon, qui l'a opérée très-heureusement. Le second exemple de polygnathie est encore plus démonstratif. C'était une tumeur développée au niveau de la symphyse du menton chez un enfant mort-né. La tumeur, qui était plus volumineuse que la tête même du sujet, fut tout d'abord étudiée par MM. Verneuil et Nepveu, qui lui donnèrent le nom de *tumeur polycystique*.

C'est en disséquant cette pièce que nous y découvrîmes, M. Nepveu et moi, la présence d'un maxillaire inférieur rudimentaire, composé d'une symphyse et de deux corps qui portaient quelques follicules reconnaissables et dont les extrémités se perdaient dans la masse.

Or, ces kystes en nombre infini présentaient la constitution évidente du follicule dentaire : cavités closes tapissées d'une couche épithéliale prismatique continue, renfermant des lambeaux de tissu lâche, de consistance muqueuse, à éléments anatomiques étoilés et anastomosés ; absolument comparables à des fragments d'organe de l'émail.

La constitution de la tumeur était ici hors de toute contestation ; c'était bien une hypergenèse en quelque sorte illimitée de follicules dentaires, phénomène évidemment dû à la prolifération des éléments des cordons épithéliaux, à la faveur de l'influence tératogénique de la monstruosité.

Telles sont donc, je ne dis pas les trois hypothèses, mais les trois explications de la transformation kystique du follicule dentaire aboutissant aussi bien à un kyste unique qu'à un kyste à loges multiples et même à des loges en nombre infini.

En dehors de ces trois modes de développement, il n'y a place, ce nous semble, pour aucune théorie. Les trois mécanismes sont d'une netteté absolue. Des faits évidents en montrent péremptoirement la réalité, et il y a là de quoi satisfaire les esprits les plus difficiles.

Si l'on se refuse cependant à cette évidence, qu'invoquera-t-on pour expliquer les kystes à loges multiples qui apparaissent dans les mâchoires? On a prononcé bien souvent, je le sais, le mot de *maladie kystique* des os, c'est-à-dire un état par lequel le tissu osseux deviendrait spontanément le siége de productions kystiques indépendantes de tout processus saisissable.

J'ai personnellement cherché dans les auteurs à me faire une

idée nette de ce qu'on entend par kystes des os, au point de vue de leur étiologie et de leur mécanisme ; je n'y ai pas encore réussi.

On cite bien en effet des observations de Breschet, de Travers, et surtout cette fameuse pièce de Nélaton représentant un fémur distendu par des aréoles nombreuses qui semblent au premier abord être des kystes multiples ; mais cette pièce n'a pas d'histoire : l'observation ne figure nulle part, ou du moins je ne l'ai pas trouvée. Ne peut-on pas du reste, avec autant de raison, supposer ici une altération organique du tissu osseux, ostéomalacie, tumeurs incluses dans l'os et dont la dessiccation aurait laissé dans le tissu cette apparence de cavités kystiques ?

La question de la pathogénie des kystes des os en général nous paraît donc, jusqu'aujourd'hui, subsister sans solution aucune. Les auteurs d'ailleurs en font l'aveu. Le problème n'a pas fait un pas depuis que Follin écrivait en 1863 que : *les causes et le mécanisme des kystes osseux sont absolument inconnus.*

Je ne sais pas au juste quelle idée se font actuellement nos collègues sur cette question ; mais je pense que ce qu'on entend d'une manière générale par *maladie kystique* est un état pathologique qui ne peut frapper indifféremment tous les tissus de l'économie, et il semble que le tissu osseux doive s'y refuser plus particulièrement que tout autre, directement du moins.

L'état kystique implique, en effet, suivant une idée si heureusement exprimée par Cruveilhier, la présence d'une cavité préalable, ou tout au moins d'une membrane, d'un feuillet séreux ou fibreux préexistant, condition essentielle de sa formation : les cavités normales ou accidentelles à parois membraneuses, les organes comme l'ovaire et l'ovule, les culs-de-sac glandulaires, les lambeaux invaginés d'un feuillet blastodermique pendant la vie embryonnaire, etc., etc., sont donc les conditions essentielles du mal kystique. Telle paraît être d'ailleurs l'opinion de M. Broca, qui, après avoir tracé une division des kystes en général en *kystes progènes* et en *kystes néogènes*, arrive à cette conclusion que les premiers sont de beaucoup plus fréquents, peut-être même les seuls existants.

En résumé, Messieurs, je vous demande la permission de dire en terminant que si les kystes des os en général attendent encore l'explication de leur origine, ceux des mâchoires sont actuellement, selon nous, en possession de la démonstration la plus précise et la plus complète.

M. Verneuil. L'accord s'établira facilement entre M. Magitot et moi ; il suffira de préciser le langage et de donner un nom à cette variété de kystes multiples.

Voici la première fois que l'on donne nettement une explication de ces kystes multiples des mâchoires; mais, si l'on ne veut pas faire de confusion, il faut réserver le nom de kyste folliculaire au kyste ayant pour point de départ le follicule malade. Un follicule est malade ; au lieu de produire une dent, il forme un kyste. Au contraire, dans les kystes multiples, on ne trouve pas d'organes dentaires, mais des cavités recouvertes d'un épithélium, ne contenant pas de dents, dans la pathogénie desquels on fait jouer, pour la première fois, un rôle important à des organes épithéliaux que je serais tenté de rapprocher du corps de Wolf; c'est-à-dire que je les compare à des organes temporaires qui doivent disparaître à un moment donné.

Je considérerais donc ces kystes comme des kystes analogues à ceux qui se développent dans les vestiges de corps qui ont disparu à un moment donné.

J'ai déjà proposé la théorie que vient de rappeler M. Magitot, pour expliquer la formation des épithéliomes tubulés et cylindriques spéciaux aux mâchoires ; car c'est en voyant, sur les planches d'un mémoire de MM. Legros et Magitot, les prolongements folliculaires, que j'ai trouvé la pathogénie de ces tumeurs.

Nous pourrons trouver un kyste folliculaire développé dans un follicule dentaire qui contient des débris de dents, et à côté nous trouverons des poches kystiques développées dans des prolongements folliculaires. C'est à ces débris épithéliaux qu'il faut donner un nom particulier.

Je suis disposé à admettre deux espèces de kystes : l'un que j'appellerais kyste folliculaire ; et l'autre pseudo-folliculaire, développé aux dépens des produits épithéliaux.

Nous disons kyste du corps de Woolf ; il faudrait dire kyste de X, du nom du premier anatomiste qui a décrit ces prolongements temporaires.

M. Sée. Pour répondre à la question de M. Verneuil, je proposerais le nom de kyste parafolliculaire, en nous guidant sur la nomenclature admise pour les kystes de l'ovaire.

M. Forget. Dans la séance dernière, je me suis joint à M. Verneuil pour ne pas admettre, comme le prétend M. Magitot, l'origine folliculaire des kystes multiples, très-nombreux et de dimension considérable, qui constituent les tumeurs volumineuses des os maxillaires ; la preuve de cette origine étant encore à déterminer. Aujourd'hui, les théories développées par M. Magitot à l'appui de sa manière de voir ont satisfait M. Verneuil, qui, à mon sens, s'est montré de composition trop facile ; pour ma part, ces théories ne m'ont point converti.

La principale est basée sur l'existence d'un tissu para-aréolaire, et formé de franges gingivales, et auquel M. Magitot attribue une propriété kystogène fondée sur la présence qu'il aurait constatée dans ce tissu de granulations d'apparence dentinaire ; or, pour admettre cette propriété, qui n'a d'autre valeur que celle d'une hypothèse, il serait nécessaire de bien préciser les rapports de ce tissu, dont M. Magitot fait mention pour la première fois, avec le corps lui-même de l'os maxillaire transformé en une masse kystique. D'après la description qu'il en a donnée, ce tissu occupe le bord gingival de l'os ; or on sait que le kyste dentaire siége dans l'épaisseur du corps de cet os, et le plus souvent même à sa base : enfin, pour que l'hypothèse de M. Magitot fût acceptable, il faudrait nous dire jusqu'à quelle époque de la vie persiste ce tissu qui est condamné à disparaître. M. Magitot l'a-t-il vu persister au delà de la période de l'enfance, et à une époque déjà avancée de l'existence dans laquelle ont été décrits des kystes multiloculaires?

Pour étayer sa théorie, M. Magitot fait intervenir un spécimen d'évolution dentaire anormale qui est en rapport avec la configuration du maxillaire dans un cas de prognatisme ; mais ceci rentre dans la catégorie des malformations, et n'a qu'un rapport bien éloigné avec le sujet en discussion.

Il a invoqué aussi le cloisonnement spontané d'un kyste dentaire, et sa transformation en cavités multiples, pour expliquer les cas pathologiques graves qui sont du ressort de la chirurgie ; ce cloisonnement, suivant lui, s'opérerait sous l'influence de l'inflammation de la poche kystique : c'est là une supposition que l'observation clinique ne peut admettre ; car elle apprend que le kyste alvéolo-dentaire ou folliculaire est indolore, qu'il reste longtemps méconnu, ce qui ne serait pas si l'inflammation présidait à son développement successif.; car quand celle-ci existe, elle est le signe avant-coureur de l'altération du kyste ou des parties contiguës, et, presque sûrement, du processus morbide du maxillaire lui-même.

C'est ce processus inhérent au tissu osseux qui, avec ou sans la consistance d'un kyste folliculaire, donne lieu à ces tumeurs kystiques que j'ai décrites en 1840 (thèse inaugurale), en 1863 (*Mémoires de la Société de Chirurgie*).Le corps et la branche de l'os indistinctement continus forment un énorme ovoïde, à l'intérieur duquel, après avoir ouvert la coque osseuse comme s'il se fût agi d'ouvrir le crâne d'un fœtus, j'ai trouvé plusieurs grosses poches, du volume d'un œuf, contenant une matière visqueuse et rougeâtre : ces poches sont constituées par une membrane d'épaisseur variable, recouverte de plaques osseuses auxquelles elles adhèrent par des prolongements fibreux. La forme aréolaire du tissu osseux

existait jusque dans l'apophyse coronoïde et le col de l'os ; on y comptait une série de kystes ayant une dimension variable, et généralement décroissante aux extrémités de la tumeur, qui était constituée par une infinité de petites cavités cloisonnées par des parois ostéo-fibreuses : dans ce cas et dans un autre tout à fait analogue que j'ai décrit plus tard, il n'y avait aucune dent qui puisse expliquer la genèse de la maladie par la persistance d'un kyste folliculaire.

Je crois donc que M. Magitot a exagéré l'influence pathogénique de cette variété de kyste, dont il a, dans ses recherches sur l'odontogénèse, étudié et éclairé l'évolution dans les trois périodes dentaires. Je suis le premier à le reconnaître, sans oublier cependant qu'à ce kyste, ayant l'alvéole pour siége et le périoste pour origine, j'ai donné, il y a bientôt 40 ans, le nom de kyste alvéolo-dentaire; dénomination assez juste apparemment, puisque, depuis, elle a été acceptée dans le langage chirurgical : histologiquement, je n'avais eu alors en vue que le périoste alvéolo-dentaire ; étiologiquement, j'avais vu juste en un point, mais ce n'était pas tout.

En 1853, M. Guibout pénétra plus avant et admit la constitution du kyste par le follicule lui-même.

M. Magitot a généralisé cette variété pathologique à toutes les tumeurs polykystiques des mâchoires, et pour justifier cette généralisation, il a été conduit à faire intervenir à l'appui de sa théorie deux anomalies dentaires, l'hétérotopie et l'hétérométrie des bulbes, anomalies invraisemblables et inadmissibles, suivant moi, dans la mesure et l'importance qu'il leur a données.

Comment d'ailleurs, dans cette doctrine de l'augmentation numérique des bulbes dentaires, contemporains de naissance des bulbes normaux, peut-on expliquer que les uns restent stationnaires dans leur état originel, sans donner aucun signe de leur présence pendant 30 ans et plus, tandis que les autres ont depuis longtemps accompli leur évolution régulière ; congénères des bulbes normaux, les bulbes surnuméraires devraient subir les influences nutritives qui leur sont communes et se développer parallèlement ; ce qui n'a jamais été observé.

La conclusion de toutes ces remarques est que les tumeurs polykystiques proviennent d'un état pathologique qui émane de l'os et qui lui est propre ; c'est le tissu spongieux qui en fait les frais principaux. Les kystes des os sont rares, cela est vrai, mais, leur existence est incontestable. Nélaton en a décrit une collection remarquable dans le fémur, Robert en a opéré un dans le scapulum, M. Broca le cite dans son *Traité des tumeurs :* « Il n'y a pas de raison, dit-il, pour que le tissu spongieux des mâchoires soit à l'abri du développement des kystes osseux proprement dits,

qui sont néogènes ; mais l'existence de cette espèce de kystes dans les os maxillaires n'est pas encore démontrée. » Cette démonstration, qui est un desideratum pour M. Broca, je crois l'avoir donnée depuis longtemps.

Pour expliquer leur développement plus fréquent dans les mâchoires que dans les autres parties du squelette, il est une prédisposition anatomique et physiologique à laquelle on n'a pas assez fait attention ; si, comme je l'ai écrit en 1859, les aptitudes morbides d'un organe, d'un tissu quelconque de l'économie, sont corrélatives à la complexité de structure et au degré de vitalité dont ils jouissent; la plus grande fréquence des kystes des mâchoires est la conséquence d'une disposition anatomique qui leur est propre, et à laquelle se rattache un ensemble de faits physiologiques dont l'accomplissement suscite et entretient dans la diaphyse des os maxillaires une intensité de mouvement nutritif qu'aucune autre partie de l'appareil osseux ne possède à un égal degré.

C'est d'une part l'appareil nervoso-vasculaire, auquel ils forment un canal protecteur, recevant de lui en échange un très-grand nombre de vaisseaux nourriciers et de filets nerveux.

C'est en outre la présence des bulbes dentaires, qui, inclus dans leur épaisseur, doivent y subir leurs évolutions successives, et y sont ainsi, jusqu'à leur complet développement, une cause permanente d'irritation et de fluxion congestive. Il faut encore ajouter à ces influences morbigènes les maladies dont l'ostéide dentaire peut être atteint aux diverses phases de son développement et même après qu'il est achevé.

Je ferai remarquer en terminant que l'ostéome kystique n'est pas la seule lésion que détermine, dans les os maxillaires, le kyste alvéolo-dentaire, ou folliculaire, comme on voudra l'appeler, je ne m'y oppose pas. Plus fréquemment l'anomalie dentaire y donne lieu à des abcès enkystés dont je présente à la Société un spécimen qui montre, sur les deux faces d'une tumeur de la branche du maxillaire inférieur triplée de volume, une série de cavités purulentes distinctes les unes des autres et dont plusieurs s'ouvrent à la surface externe de l'apophyse coronoïde, sensiblement hyperestosée à sa base, qui recèle partiellement une dent de sagesse qui n'a pu se ranger dans l'arc maxillaire.

Une autre planche, où se voit une dent molaire enkystée à l'intérieur de l'os et mobile dans la cavité membraneuse qui la contient, représente une ostéite raréfiante, étendue au maxillaire entier devenu friable ; cette pièce provient d'un homme de 30 ans que des névralgies incessantes avaient tourmenté pendant plusieurs

années, avant la constitution du processus morbide, qui exigea la désarticulation d'un des côtés de la mâchoire.

Je possède d'autres spécimens anatomo-pathologiques qui m'ont prouvé que le processus morbide de l'os maxillaire est le produit d'un travail néoplasique, et plus souvent régressif, suscité par l'irritation due au kyste dentaire préexistant, et qu'en dehors de cette influence de causalité éloignée, il n'existe entre l'un et l'autre aucun rapport d'identité.

Il ne faut donc pas se hâter d'abandonner une doctrine acceptée généralement, et qui, au point de vue de la clinique et de la médecine opératoire, contient des indications qu'on ne peut méconnaître qu'en s'exposant à des récidives fâcheuses, comme cela eut lieu dans les deux cas qui ont fait le sujet du rapport de M. Magitot.

En résumé, je persiste à croire que le kyste alvéolo-dentaire, qu'il provienne de l'hypergenèse du périoste ou des autres feuillets du bulbe dentaire, n'est pas susceptible de proliférer et de s'étendre au point d'occuper en totalité l'os maxillaire, et que l'ostéome kystique qui y présente un aussi vaste développement reconnaît pour origine une influence morbide qui préside à la production de kystes semblables dans les autres parties du squelette.

M. Nicaise. Je voudrais faire remarquer à M. Magitot que sur la pièce qu'il nous a montrée, il existe, à sa partie centrale, une tumeur charnue qui peut laisser quelques doutes; est-ce un cystosarcome ou un kyste dentaire?

M. Houel. Je voudrais rappeler à M. Magitot deux pièces qui se trouvent au musée; l'une a été envoyée par Mayor, de Genève, et la seconde par Ad. Richard.

Dans ces pièces, au lieu de trouver des cloisons épaisses et dures on trouve des cloisons très-minces, très-friables, et ces pièces ne présentent aucune bosselure.

Je ne puis accepter pour ces pièces la théorie soutenue par M. Magitot, car toute la mâchoire est envahie, et il faudrait donc admettre que les prolongements épithéliaux peuvent se ramifier dans toute la mâchoire.

Je rappelerai encore la pièce due à M. Nélaton, ce fémur transformé en kyste multiloculaire; on a voulu en faire un cancer; mais l'intérieur de ces poches était formée par une couche polie, transparente et remplie de liquide transparent.

M. Magitot. Je répondrai successivement aux observations qu'ont bien voulu me présenter nos honorables collègues.

Je dirai d'abord que je suis particulièrement heureux de constater l'accord qui s'est fait entre M. Verneuil et moi, sur ce point de pathogénie des kystes multiloculaires d'origine folliculaire. C'est, je le vois, l'explication tirée de l'hypergenèse des follicules aux dépens des débris du cordon épithélial qui paraît l'avoir séduit surtout. Il y a là en effet une pathogénie, que je crois très-complète et très-satisfaisante, de cette formation des kystes multiples dont la *polygnathie* nous offre une preuve péremptoire. Ces débris du cordon épithélial végétant et proliférant dans tous les sens, au sein du tissu embryonnaire des mâchoires, représentent très-exactement des organes transitoires en tous points assimilables, ainsi que M. Verneuil le fait remarquer, aux débris des corps de Wolff qui, eux aussi, sont si souvent le siége de kystes ou d'autres altérations pathologiques. Ces débris du cordon jouent ainsi le rôle de ces groupes d'éléments ou de tissus transitoires qui, restés silencieux dans l'économie pendant un temps, parfois très-long, sont un jour frappés de troubles tératologiques ou pathologiques.

Ces considérations conduisent M. Verneuil à proposer de donner à ces kystes dus aux débris du cordon épithélial le nom de l'anatomiste qui a découvert ce phénomène si curieux de de prolifération ; or plusieurs noms sont attachés à la découverte de ce fait anatomique. En effet, Kolliker [1], en 1863, décrit pour la première fois cette bande épithéliale sous-jacente au bourrelet gingival de l'embryon, et qui est le centre de génération de tous les actes formateurs du follicule dentaire des mammifères; c'est la *lame épithéliale*. L'année suivante, Waldeyer découvre le *cordon épithélial* [2], c'est-à-dire ce prolongement cylindrique de la lame épithéliale qui descend de celle-ci pour former au fond des mâchoires *l'organe de l'émail*, premier élément du follicule futur. Quant aux bourgeonnements épithéliaux eux-mêmes, nous les avions signalés, M. Robin et moi, dans un travail déjà ancien [3], mais sans que nous ayons réussi alors à rencontrer la genèse du cordon. En second lieu, dans le cours d'études plus récentes poursuivies avec mon ami bien regretté, Ch. Legros [4], nous pûmes retrouver ces bourgeons, en suivre l'évolution temporaire, la

[1] Die Entwicklung der zahnsacken der Wiederkaüer, *Zeitschr. f. Wissen. zool.*, 1863. Gewebelehre 4 Aulf.

[2] *Untersuch ueber die Entwicklung der Zähne*, I Abth. Königsberg, und *Iahrbücher*, IV, Bd. 1864.—II. *Abth. Zeitschr. für rat. med.* — III. 24, Bd., 1865. — IV. Bau und entwicklung der Zähne in Stricker, *Handbuch der Lehre von den Geweben*. Leipzig, 1871, p. 333 et suiv.

[3] Mémoire sur la genèse et le développement des follicules dentaires, in *Journal de physiologie* de Brown-Séquard, 1860, p. 74.

[4] Origine et formation du follicule dentaire chez les mammifères. *Journal d'anatomie* de Ch. Robin, 1873, p. 469.

résorption successive et les aberrations tératologiques, qui conduisent à l'hypergenèse des follicules et aux kystes multiples. Kollmann a d'ailleurs attaché également son nom à cette recherche, lorsqu'il émit de son côté cette théorie de la formation des follicules surnuméraires, par le même mécanisme [1].

Toutefois j'avais conservé le terme de *folliculaires* à ces kystes, car en réalité la fonction accidentelle de ces bourgeonnements est de créer des follicules, que ceux-ci suivent une évolution presque régulière et forment des *dents surnuméraires*, ou bien qu'ils deviennent l'origine d'*odontomes* ou de *kystes*.

Je ne serais point éloigné cependant de l'idée de désigner ces kystes sous le nom de *kystes des débris du cordon épithélial*, ou *kystes périfolliculaires*, ou bien encore, comme le propose M. Sée, *kystes parafolliculaires*. Maintenant je vais tâcher de répondre à M. Forget, qui, dans son argumentation, a touché à des points très-divers de la question.

Je demande toutefois la permission de lui présenter une remarque préalable. Si j'ai bien compris, mon honorable collègue me prête une idée que je n'ai pas émise : il semble croire qu'en dehors des kystes dus au follicule dentaire, je n'en admets aucun autre dans les mâchoires. Il n'en est rien, et il existe une autre classe de kystes dentaires qui sont dus, non plus au follicule, mais au périoste dentaire. Ce sont les *kystes périostiques* des mâchoires. Ceux-ci sont même de beaucoup les plus fréquents. Ils ne figurent point dans la discussion actuelle, et, M. Verneuil, qui les admet d'ailleurs sans contestation, les a écartés lui-même du débat actuel.

Ces deux catégories de kystes sont d'ailleurs très-différentes au point de vue de leur époque d'origine : les premiers, *folliculaires*, sont des kystes de l'enfance, restant plus ou moins longtemps stationnaires, ou *en silence*, en état de mort apparente, suivant l'heureuse expression de M. Verneuil ; les seconds, *périostiques*, sont propres à l'adulte. Ils résultent en effet du soulèvement du périoste dentaire, qui se sépare de la surface de la racine et se distend sous l'effort d'un liquide de formation nouvelle. Mais ces deux variétés se confondent sur un point de leur pathogénie, en ce sens que ce qui constitue, dans la suite de l'évolution, le *périoste dentaire* adulte, c'est précisément la *paroi folliculaire* elle-même, qui, au moment de l'éruption, vient adhérer au collet de la dent et revêtir la surface de la racine. C'est ainsi la même membrane, le même feuillet, qui subit la transformation kystique.

M. Forget, dans ses observations, me paraît poursuivi par une

[1] *Entwicklung der Milk und Ersatzzähne*, Zwanzigster Band, sweites Heft, p. 145, Leipzig, 1870.

préoccupation, d'ailleurs très-légitime : c'est la part qui lui revient dans l'étude de ce problème des kystes des mâchoires. M. Forget est en effet l'un des premiers qui aient appelé l'attention sur ces questions, et il avait, nous le savons tous, désigné ces lésions sous le nom de *kystes alvéolo-dentaires*. Mais ce terme, qui trahissait déjà l'idée de l'intervention dentaire dans ces maladies, pouvait être suffisant autrefois. Aujourd'hui, les exigences de la physiologie pathologique nous ont conduits à pousser plus loin la recherche des origines, et les kystes alvéolo-dentaires se sont décomposés en *kystes folliculaires*, dont la découverte revient entièrement à M. Guibout, et en *kystes périostiques* qui ont été de notre part l'objet d'études particulières.

M. Forget se préoccupe encore de la question de savoir comment s'effectue la récidive dans un kyste folliculaire. Je crois avoir répondu à cette question dans mon rapport sur les faits de M. Herbet. J'ai montré que, dans ces deux cas, l'abandon du drainage ou du tamponnement appliqué après l'ouverture de la poche a été la cause, non d'une récidive réelle, mais d'une reprise de la marche de la maladie, interrompue momentanément. Si un kyste quelconque des mâchoires n'est pas largement ouvert ou drainé d'une manière assez exacte et suffisamment prolongée, il ne guérit pas, et sa reproduction, entraînant parfois une désorganisation plus étendue de l'os, ne laisse plus au chirurgien que les ressources extrêmes de la résection de l'os affecté.

L'observation que m'a présentée M. Nicaise porte sur un détail de la constitution anatomique du kyste multiloculaire que j'ai montré dans la précédente séance. On trouve en effet, sur un point de la masse, au voisinage des poches secondaires qui occupent la périphérie de la loge principale, un petit noyau de tissu dur, lardacé, qui peut, au premier abord, laisser prise à l'hypothèse d'une tumeur compliquant ce kyste. J'ai bien remarqué moi-même cette production, mais sa situation superficielle m'a permis de l'expliquer de la manière suivante. On sait que lorsqu'une tumeur, développée sur les bords alvéolaires, fait saillie dans la bouche, les dents de la mâchoire opposée la rencontrent incessamment dans le mouvement d'occlusion, la contusionnent, la triturent en quelque sorte, et il se forme alors, sur les points de contact, des indurations analogues à celles qu'on observe souvent à la face interne des joues, par suite de morsures répétées de la muqueuse, ou sur la gencive qui recouvre la dent de sagesse inférieure. J'ai d'ailleurs examiné la composition histologique de cette production, et je l'ai trouvée composée de tissu fibreux, dense et feutré, comme on le rencontre dans les indurations du tissu conjonctif.

Dans tous les cas, si ce n'est pas à cette cause qu'est due la

production dont il s'agit, elle peut s'expliquer par un simple épaississement du tissu interposé entre les poches kystiques, à la faveur des accidents inflammatoires qui ont été si souvent mentionnés dans le cours de la maladie.

M. Houel me fait des objections d'un autre ordre et qui touchent de nouveau au point fondamental du débat. Il ne peut se résoudre à croire à cette pathogénie exclusive des kystes des mâchoires aux dépens du follicule dentaire ou du périoste, et il reste attaché à l'ancienne théorie des kystes spontanés formés de toutes pièces au sein de l'os. Il me rappelle deux pièces du musée Dupuytren que nous avons examinées ensemble et dont nous n'avons pu, en effet, découvrir l'origine : l'une d'elle est due à Mayor, de Genève, l'autre à Adolphe Richard.

C'était, dans les deux cas, un kyste multiloculaire, dans l'intérieur duquel nous n'avons retrouvé ni dent ni produit quelconque; ils sont restés pour moi indéterminés et indéterminables.

Comment, en effet, saisir le mécanisme de formation d'un kyste, lorsqu'on n'a pour éléments de recherche qu'une pièce, le plus souvent sans histoire, sans observation ou sans détails suffisants, sur les conditions de la bouche, et en particulier sur l'état du système dentaire au début et dans le cours de la maladie? La pièce est depuis longtemps dans l'alcool et ne peut même plus révéler sa constitution anatomique. C'est précisément cette circonstance qui s'est si souvent présentée à l'époque où j'ai publié mon travail sur les kystes des mâchoires. Après avoir recherché dans les auteurs et rassemblé un grand nombre de faits, j'ai réussi, dans un certain nombre de cas, par une étude attentive des observations, à discerner le point de départ de la maladie. Les cas dans lesquels s'étaient rencontrés des dents adhérentes ou des sommets de racines dénudés au centre de la poche m'ont paru hors de toute contestation; mais il en est resté un bon nombre, même parmi les kystes uniloculaires, qui n'ont pu être rattachés à la théorie que je soutiens, et cela par insuffisance de renseignements. Ce sont ces faits qui figurent dans la catégorie des *kystes indéterminés ou douteux.*

La science contient beaucoup trop d'observations de ce genre, tronquées, incomplètes, et dont nous ne devrions jamais tenir aucun compte, sous peine de nous égarer et de manquer le but. C'est ainsi que le problème des kystes des mâchoires est resté jusqu'à ce jour sans solution, la plupart des observateurs ne s'étant nullement préoccupés de la question de pathogénie, et s'étant bornés à présenter des faits sans histoire, sans antécédents, sans mention d'indication d'anatomie et de physiologie pathologiques.

La Société se souvient, par exemple, d'un fait de kyste multilo-

culaire de la mâchoire inférieure qui fut présenté ici de la part de M. Mourlon, par Dolbeau [1].

Notre regretté collègue pensa pouvoir induire des détails anatomiques de la pièce que la maladie était étrangère au système dentaire. Or cette observation péchait encore par un point qui, on en conviendra, était capital: il n'y avait aucun renseignement sur l'état de l'appareil dentaire, soit avant le début du mal, soit au moment de son apparition. Je demandai alors à Dolbeau de vouloir bien faire les réserves les plus complètes sur la question pathogénique, ce à quoi du reste il consentit de très-bonne grâce.

Je pourrais citer bien des cas semblables. Il y a quelques années un élève de l'école de Paris, M. Reynaud [2], prit pour sujet de thèse les *Kystes des mâchoires*. Dirigé dans ses recherches par ses maîtres, MM. Richet et Desgranges, il s'efforça d'établir que certains kystes des mâchoires étaient réellement spontanés et sans rapport aucun avec l'appareil dentaire. Or sur quels faits sont fondées de telles affirmations? Sur des observations incomplètes, dans lesquelles précisément les points relatifs au système dentaire manquent complétement. De telles relations sont sans valeur, et la théorie que je défends, pas plus que toute autre, n'en saurait donner l'explication.

M. Houel nous ramène encore à cette pièce de Nélaton intitulée: *Kystes du corps du fémur*. J'ai dit déjà que cette pièce était sans histoire; Nélaton n'en donne, dans son livre, qu'une simple mention, et le point principal qui m'en paraît résulter, c'est que ce fait reste sans pathogénie saisissable.

Le problème d'ailleurs semble aujourd'hui s'être à la fois simplifié et élevé. Il faut l'envisager d'une façon plus générale, et rechercher la pathogénie des kystes essentiels proprement dits du tissu osseux. Alors on sera fatalement conduit, je pense, à prendre ainsi pour guide l'idée si ingénieuse de Cruveilhier, à ne plus considérer le *mal kystique* que comme l'expression d'un état pathologique d'une membrane, d'un feuillet préexistant. Or, je le répète, le tissu osseux offre-t-il ces conditions préalables? Assurément non. Les trouve-t-on dans les corpuscules osseux ou ostéoplastes? Ce sont des cellules sans paroi distincte. Invoquera-t-on les aréoles du tissu spongieux? Mais ces aréoles n'ont pas de paroi propre. Je pense qu'on n'ira pas chercher l'explication d'un kyste dans les canaux vasculaires.

Rien dans la constitution normale des os n'autorise donc cette pathogénie. Il n'y a point de kyste des os. Il n'y a point non plus, en

[1] *Bulletin* 1873, p. 552.

[2] *Thèse de Paris*, 1876.

réalité, de kystes des mâchoires. Il y a dans ces dernières des *kystes du follicule dentaire* et des *kystes du périoste*. Il y a même des kystes dentaires en dehors des mâchoires; car partout où peut naître un follicule migrateur ou hétérotopique, la transformation kystique peut s'y produire. J'en donnerai une preuve, entre autres, par les productions folliculaires renfermant des dents, et qui ont été si souvent rencontrées dans la fosse temporale chez le cheval, dans le sinus maxillaire, dans la cavité crânienne, dans la vessie; faits d'hétérotopie qui sont si souvent compliqués de transformation kystique.

En résumé, je demande la permission de reproduire la conclusion de mon travail : le problème des kystes des os n'est pas résolu ; leur pathogénie reste absolument inconnue et à tracer tout entière ; mais permettez-moi d'espérer que j'aurai entraîné vos convictions vers cette idée, que la question des kystes des mâchoires est du moins en possession d'une démonstration satisfaisante et complète.

La séance est levée à 5 h. 45 m.

Le secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 10 juillet 1878.

Présidence de M. TARNIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine;

2° Le *Lyon médical*, le *Journal médical de l'Ouest*, l'*Année médicale*, *Journal de la Société de Médecine de Caen et du Calvados*, la *Gazette médicale de Bordeaux*, le *Sud médical*, la *Revue médicale de l'Est*, le *Montpellier médical*, le *Bulletin médical du Nord*, le *Bordeaux médical*, le *Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Toulouse;*

3° Le fascicule des *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie;*

4° La *Gazette médicale Italienne-Lombarde;* le cinquième fascicule des mémoires couronnés de l'Académie royale de Belgique; *The Practitioner, l'Indépendant, Gazette médicale de Turin, The British medical Journal;*

Une lettre de M. le Dr Larrey offrant à la Société deux cents thèses de la Faculté de médecine de Paris, relatives pour la plupart à la chirurgie;

Un mémoire de M. le Dr Wasseige, de Liége, intitulé: *de l'Opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique* (Méthode du Dr Porro de Pavie);

De la litholapaxie ou lithotritie rapide, avec évacuation, du Dr Bigelow de New-York.

Lectures.

I

M. Azam, membre correspondant, donne lecture du travail suivant intitulé : *De la thrombose veineuse chirurgicale.*

Tous les chirurgiens ont eu, comme moi, le douloureux spectacle d'opérés ou d'accouchées qui, en pleine convalescence, alors que tout faisait espérer leur guérison complète et prochaine, étaient pris d'accidents terribles, ou étaient enlevés par une mort foudroyante.

Tous, aujourd'hui, nous savons pourquoi, et sur ce point la science est faite : ils ont éprouvé des accidents pulmonaires ou sont morts subitement, parce qu'un caillot, parti d'un point du corps, s'est arrêté dans le cœur, dans l'artère pulmonaire ou dans le poumon. Ces caillots, on les a vus, décrits, mesurés, dessinés, et j'ai eu moi-même, autrefois, l'honneur d'être pour quelque chose dans leur étude.

Mais tout n'est pas dit sur leur histoire, et j'estime qu'il n'est pas superflu d'y revenir.

Diverses questions se posent; nous les étudierons successivement.

I. — *Quels sont les cas dans lesquels la thrombose veineuse est possible?*

Avant de formuler une réponse précise, nous devons nous demander comment il est possible que le sang se coagule dans les veines. Cette coagulation (je ne parle pas de la coagulation provoquée) peut avoir deux origines : l'inflammation de la veine par propagation, ou par la présence dans le sang d'éléments non vivants, et le ralentissement ou l'arrêt du cours du sang pour des motifs divers.

Les cas dans lesquels ces conditions peuvent se rencontrer sont : les fractures, les contusions, les phlébites, les varices, des inflammations chroniques au voisinage des troncs veineux, les accouche-

ments et la compression lente produite sur un tronc veineux par une tumeur quelconque se développant dans son voisinage.

Je ne rappellerai pas les faits d'accidents dus à des caillots qui ont été observés après des fractures, des contusions, des phlébites et des varices. Il est bien peu d'entre nous qui n'en aient rencontré.

J'insisterai seulement sur les conditions les moins connues. Certaines thromboses sont dues à une inflammation lente existant dans le voisinage d'une veine. J'ai publié dans les Bulletins de la Société médico-chirurgicale de Bordeaux, en 1867, l'histoire d'un malade qui présentait un œdème énorme du membre inférieur gauche et une fistule à l'anus très-considérable. Il mourut de phthisie. Je pus constater l'existence d'une oblitération des veines du bassin s'étendant jusqu'à la veine iliaque primitive de ce côté. Cette thrombose avait pour origine l'inflammation chronique voisine.

De plus, notre éminent collègue, mon ami, M. Verneuil, vous a récemment communiqué de ma part un fait nouveau : c'est une mort subite par embolie pulmonaire, à la suite de la déplétion rapide d'un vaste abcès de l'aisselle. Ici point d'inflammation de la veine, mais la stase ou le ralentissement du cours du sang avaient provoqué sa coagulation.

Après l'accouchement, j'estime que le mécanisme de la formation des caillots a quelque analogie avec celui qui précède. L'enfant sorti, les sinus utérins demeurent gorgés d'une très-grande quantité de sang dont la rentrée dans le torrent circulatoire ne peut être que très-lente. Il se coagule en partie ; or, dans les cas ordinaires, les caillots, retenus par leur grosseur même, sont lentement désagrégés ; mais vienne un brusque et violent mouvement, ils partent et tuent la convalescente.

Pourquoi nous a-t-on enseigné et enseignons-nous à notre tour qu'il ne faut pas brusquement vider un péritoine rempli de liquide, et pourquoi cette recommandation classique de comprimer lentement par un bandage de corps le ventre qu'on ponctionne? C'est, nous dit-on, pour éviter une syncope qui pourrait être mortelle. Je le veux bien ; mais cette syncope, si syncope il y a, n'a-t-elle pas eu, peut-être, pour origine, quand nos anciens l'ont observée, quelque caillot de la veine cave ou du sang de la veine porte formé et retenu dans ces vaisseaux par la compression lente que l'ascite opérait sur eux ? Sans ajouter à cette hypothèse plus d'importance qu'il ne convient, car aucune autopsie ne la confirme, je la livre à l'appréciation de mes collègues, lesquels voudront bien excuser cette digression médicale.

Une mort subite ou des accidents pulmonaires imprévus, après

l'ovariotomie ou après la déplétion trop rapide des grands kystes du foie, pourraient avoir la même origine.

Il résulte de ce qui précède que les caillots peuvent être retenus sur place, de deux manières : s'ils ont une origine inflammatoire, par adhérence; s'ils sont dus au ralentissement du cours du sang, n'ayant aucune adhérence avec la veine qui les renferme. Ils sont mécaniquement fixés par la tumeur même au voisinage de laquelle ils doivent leur existence.

II. — *Quels sont les signes de la thrombose veineuse?*

Le plus constant est l'œdème de la région située au-dessous du point où une veine est oblitérée ou rétrécie, si du moins cette oblitération ou ce rétrécissement ont été assez rapidement effectués. Il est en effet évident que si une circulation supplémentaire a eu le temps de s'établir, l'œdème disparaît.

Cet œdème existe après les phlébites, les fractures, les contusions, chez nombre de nouvelles accouchées, où, ayant des caractères particuliers, on le nomme *phlegmasia alba dolens.* Il existe autour des abcès chauds, où la formation rapide du pus gêne la circulation de retour.

Par contre, on l'observe peu comme signe de thromboses à formation lente, ainsi que dans les abcès froids ou au-dessous des thromboses d'origine mécanique, où la circulation supplémentaire a eu le temps de s'établir aisément.

L'étude directe des gros troncs veineux différents donne aussi des signes certains; malheureusement, peu de veines sont, comme la saphène, la crurale et l'humérale, accessibles aux doigts du chirurgien. Il m'est très-souvent arrivé de constater directement la présence des caillots.

Je ne rappellerai que deux faits dont l'un a été publié.

Une femme était en voie de guérison d'un écrasement du coude; j'avais parfaitement reconnu la thrombose de la veine humérale de ce côté, lorsqu'elle a été prise d'accidents pulmonaires terribles; elle a cependant guéri.

Chez une autre femme, qui était en voie de guérison d'une fracture de jambe, j'ai aussi reconnu une énorme thrombose de la veine crurale, qui s'est dissipée sans accidents.

Je ne cite ce dernier fait qu'à cause de la dimension de la thrombose et de l'œdème.

Quant aux caillots trouvés par l'exploration directe dans les conditions énoncées plus haut, ils se nomment légion : tous les chirurgiens le savent ou le sauront aisément.

III. — *Quel est le mécanisme du départ des caillots?*

Je l'ai dit ailleurs, *la thrombose n'est rien, l'adhérence est tout.* La plupart du temps, le caillot adhère assez solidement pour qu'il s'émiette pour ainsi dire sans danger. Il n'est dangereux que lorsqu'il est lancé ayant une certaine grosseur.

Dans les observations connues, nous relevons une cause presque constante. Le malade a fait des mouvements violents. Il s'est cambré pour laisser passer un bassin. L'accouchée se levait pour la première fois. La contraction des muscles voisins des veines est, on le comprend, un moyen certain de les comprimer et d'en exprimer, pour ainsi dire, le contenu. Il en est ainsi de la contraction des muscles abdominaux ou du diaphragme, qui agissent de la même façon, mais immédiatement, sur les veines profondes du tronc.

Les caillots peuvent être détachés par les doigts du chirurgien. On comprend très-bien que des malaxations imprudentes, le massage d'un membre thrombosé, puissent provoquer leur départ. Je pourrais citer des faits, mais je n'en sais pas d'imprimés, car ils sont de ceux qu'on publie peu.

Le caillot, enfin, peut partir lorsque la compression de la veine qui le contient est brusquement levée. Je ne reviendrai pas sur l'observation qui m'est propre et qu'a récemment lue ici M. Verneuil. Pour moi, le mécanisme est incontestable, et j'ai la confiance que bientôt ce fait ne sera pas isolé dans la science.

IV. — *Quels sont les accidents que peut provoquer l'embolie veineuse ?*

Ici nous devons établir des distinctions basées sur la dimension du caillot parti et sur son point d'arrivée.

S'il est très-petit, si c'est une sorte de poussière ou une réunion de petits corps étrangers, il est parti dans les dernières respirations du poumon, et les manifestations morbides peuvent être inaperçues.

Mais ne peut-on pas leur attribuer certains malaises pulmonaires, inexpliqués jusqu'ici, et certaines pleurésies sans gravité, que nous nommions, à Bordeaux, fenestrales, mais qui ne sont pas toujours du côté de la fenêtre.

Plus gros, les caillôts emboliques s'arrêtent dans des divisions pulmonaires plus larges et gênent ou détruisent le fonctionnement d'une portion plus étendue de l'organe respiratoire. Alors surviennent des pleurésies partielles avec épanchements limités, des pneumonies aussi partielles, des crachements d'un sang noir, des asphyxies incomplètes, des syncopes.

Plus gros encore, les caillots emboliques oblitèrent incomplétement les divisions de l'artère pulmonaire, ou, accumulés dans les cordes du ventricule droit, ils gênent le fonctionnement du cœur; la mort survient, mais après 6 à 8 heures d'angoisses et d'accidents asphyxiques ou syncopaux.

M. Terrillon a récemment émis dans les *Archives* l'opinion que les embolies arrêtées dans le cœur amènent la mort par syncope. Cela est possible, mais le nombre des faits connus ne me paraît pas encore suffisant pour établir scientifiquement cette proposition. C'est une recherche intéressante à continuer.

Si, enfin, le caillot est considérable, s'il représente plus de 10 centimètres du trajet d'une veine de calibre moyen, il est pelotonné par le cours du sang et, après avoir traversé le ventricule droit, où il peut certainement s'arrêter, il est lancé dans l'infundibulum de l'artère pulmonaire. Là, arrêté par l'éperon, il oblitère subitement et complétement les deux divisions du vaisseau, et la mort est instantanée.

Le nombre des faits de ce genre est très-considérable; ce sont les mieux observés, ceux où les autopsies ont établi les démonstrations les plus péremptoires. Ils sont trop connus pour que j'insiste sur leur étude.

V. — *Comment le chirurgien peut-il s'opposer, soit à la formation des caillots, soit au départ des embolies?*

Le sang peut se coaguler, nous le savons déjà, sous l'influence de deux causes principales : le ralentissement de son cours et l'inflammation ou l'irritation des parois des veines; je ne parle pas de l'action chimique. Énoncer ces causes, c'est dire combien est limitée l'action du chirurgien. Il est cependant quelques préceptes qui se déduisent naturellement de l'exposé qui précède; nous croyons devoir les énoncer.

Laisser à la circulation de retour sa plus grande liberté, telle est l'indication principale, quand la pratique peut avoir des applications diverses.

Tout appareil de fracture comprime les membres pendant un temps plus ou moins long. Un pli longitudinal, une attelle placée sur le trajet d'une grosse veine, peuvent ralentir le cours du sang.

Certaine position des membres, leur flexion forcée et prolongée, soit au jarret, soit au coude, peuvent avoir le même résultat. La compression pour la cure de l'anévrysme peut agir, en même temps que sur l'artère, sur la veine qui la plupart du temps l'avoisine.

Certaines inflammations chroniques, auxquelles le chirurgien peut remédier par une opération, — les fistules à l'anus, par

exemple,— peuvent provoquer des thromboses; le chirurgien devra le prévoir. D'une façon générale, il devra respecter les veines plus peut-être qu'on ne le fait, et se méfier de la cure des varices et du varicocèle, des injections intra-veineuses ou coagulantes; en un mot, avoir toujours présent à l'esprit, lorsqu'il agira sur une veine ou auprès d'elle, la possibilité d'une trhombose qu'il vaut mieux prévenir que surveiller. Pour beaucoup cette recommandation sera superflue, mais pour beaucoup aussi elle aura sa valeur.

Étant donnée la thrombose veineuse, probable ou certaine, le chirurgien ne doit avoir qu'une préoccupation : c'est d'empêcher le caillot de partir. On comprend en effet qu'il n'a aucune action sur la dimension de l'embolie. Or de cette dimension seule dépend la vie du malade.

Ici se place la recommandation de faire suivre aux thrombosés un régime tonique, lequel aura pour effet la consolidation des adhérences.

Les explorations des veines devront être faites avec précaution, et tout massage des membres œdématiés interdit d'une façon générale; les mouvements devront être limités ou surveillés, et le chirurgien devra craindre tout effort, particulièrement les mouvements violents que le malade est, la plupart du temps, obligé de faire pour laisser passer un bassin sous son siége.

Ici les cadres de M. Gosselin manœuvrés par l'infirmier peuvent rendre, je crois, des services.

Ces préceptes s'appliquent, pour la plupart, aux nouvelles accouchées, qui ne devront pas se lever trop tôt et se livrer à des efforts violents.

J'ai démontré ailleurs que les grandes collections de liquide formées rapidement peuvent provoquer des thromboses. Il est donc indiqué de les vider par des ponctions successives. Rien de plus facile, en vue surtout du terrible danger que peut courir le malade.

CONCLUSIONS.

I. — La thrombose veineuse de cause chirurgicale est possible après les fractures, les contusions, les phlébites, les varices, les inflammations chroniques avoisinant les grosses veines, les accouchements, et par la compression qu'exercent sur les veines les tumeurs voisines rapidement développées.

II. — La thrombose veineuse soupçonnée par l'œdème des parties situées au-dessous est confirmée par l'exploration directe, au moyen des doigts, du trajet des veines afférentes.

III. — Le départ des caillots irrigateurs peut être provoqué par les mouvements du malade, par l'exploration exagérée des veines thrombosées, par le massage des membres atteints, ou par la suppression brusque de la compression d'une veine thrombosée.

IV. — Les accidents que provoquent les caillots migrateurs sont de deux ordres; suivant la dimension de ceux-ci, ce sont des malaises, des pleurésies avec épanchement limité, des pneumonies partielles, des crachements de sang, des syncopes, l'asphyxie et la mort subite.

V. — Le chirurgien peut prévenir la formation des caillots veineux en évitant le plus possible les compressions lentes des grosses veines, en ayant les plus grands égards pour leur membrane interne, et en se hâtant de guérir les inflammations chroniques ou profondes qui les avoisinent.

VI. — Si la thrombose est confirmée ou probable, il évitera le départ des caillots en s'opposant de son mieux aux mouvements locaux et généraux, et en vidant, par des ponctions successives, les collections de liquide avoisinant les veines qui sont ou qui pourraient être thrombosées.

Discussion.

M. Verneuil. Je demanderais à notre collègue de vouloir bien ajouter à ces terribles accidents, suites d'embolie veineuse, les cas de pyohémie spontanée qui se développe quelques heures après une recherche chirurgicale ayant amené la destruction de caillots déjà formés. On fait des manœuvres pour pratiquer une ligature secondaire; en quelques heures survient de la fièvre, et les malades succombent rapidement avec des abcès métastatiques occasionnés par une pyohémie spontanée.

M. Marc Sée. Je ne ne crois pas que la gravité des accidents soit en rapport avec le volume des caillots. Il faut tenir grand compte de la nature des caillots ; si on a des caillots que j'appellerai sains, il peut ne pas y avoir d'accidents, tandis que si ce sont des caillots septiques, altérés par le voisinage d'une plaie de mauvaise nature, les accidents sont bien différents comme résultat.

M. Tillaux. Je suis d'avis qu'il y a une distinction à faire entre les embolies cardiaques et les embolies pulmonaires.

J'ai observé un cas très-évident d'embolie cardiaque, qui m'a fait admettre qu'il y avait des morts causées par des troubles cardiaques et des morts causées par des troubles pulmonaires.

Je crois avoir rapporté à la Société le fait d'une femme entrée dans mon service pour une fracture de la jambe. Cette femme était

complétement guérie, lorsqu'elle fut prise, à l'heure de la visite, d'une violente syncope : j'examinai la poitrine et j'entendis très-distinctement le souffle respiratoire. Cette femme revint à elle, je quittai son lit, et à peine avais-je fait quelques pas dans la salle que cette femme fut prise d'une nouvelle syncope qui entraîna sa mort. A l'autopsie, je trouvai un caillot arrêté dans le cœur droit.

Je crois donc qu'il est impossible de ne pas admettre qu'il y ait des embolies veineuses qui s'arrêtent dans le cœur et qui entraînent la mort par syncope. J'ai fait faire une thèse sur ce sujet par un de mes élèves.

M. Azam. Je ne mets pas en doute que la mort ne puisse arriver par des embolies cardiaques, et M. Térillon, dans le travail dont j'ai parlé, en rapporte deux ou trois observations; mais je crois que pour les établir définitivement, il est nécessaire de réunir de nouveaux faits. Pour mon compte, je n'ai pas encore observé d'embolie cardiaque isolément; la dernière malade dont j'ai parlé est morte avec des caillots dans le cœur et dans le poumon.

Il est rare que nous assistions à ces terribles accidents, et nous sommes obligés, pour nous faire une opinion, de nous en rapporter au récit de personnes tout à fait étrangères à la médecine, qui entouraient le malade. Or il est difficile souvent de faire le diagnostic entre les symptômes de la syncope et ceux de l'embolie.

Je ne nie donc pas les embolies cardiaques, mais je crois que, pour les bien connaître, de nouvelles recherches sont indispensables.

II

M. Jacques-Louis Reverdin, membre correspondant étranger donne lecture du travail suivant intitulé :

Note sur un cas de résection totale du poignet.

Le meilleur moyen de justifier l'honneur que vous m'avez fait en me donnant le titre de correspondant étranger de votre Société est, si je ne me trompe, de vous apporter ici mon faible tribut de travail et de recherches. J'entrerai aujourd'hui dans cette voie, qui, je l'espère, vous paraîtra la bonne, en vous entretenant pendant quelques instants d'une *résection totale du poignet* que j'ai pratiquée il y a 15 mois, et dont le résultat est aujourd'hui pleinement satisfaisant.

Il n'est pas douteux que le jour où nous aurons à notre disposition un nombre un peu imposant d'observations favorables au sujet de cette résection, elle sera immédiatement pratiquée avec

prédilection ; la chirurgie conservatrice y trouvera un champ fécond en utiles succès. La main, cet appareil de préhension qui se trouve être à la fois un des organes de la sensibilité ; la main, active du jour de la naissance à celui de la mort, ne peut être mutilée ou détruite sans de graves conséquences, et ne saurait être conservée intacte avec trop de sollicitude. La mécanique, de nos jours, a bien pu imiter plus ou moins grossièrement l'appareil de mouvement que constitue cette main ; mais réduit ainsi, dépourvu de sa sensibilité, cet organe si parfait ne serait plus que l'ébauche presque inutile de lui-même.

Malheureusement, il faut l'avouer, les exemples de résection du poignet, suivie d'un résultat réellement bon, se comptent facilement aujourd'hui ; mais je suis de ceux qui croient, ou du moins qui espèrent que grâce aux perfectionnements opératoires en partie, grâce surtout aux modifications profondes apportées, dans ce quart de siècle, au traitement des blessures et des plaies opératoires, l'avenir appartient à la chirurgie conservatrice prise dans le sens le plus large.

Aussi je ne me dissimule pas que si le résultat de ma résection a été bon, il aurait pu être encore beaucoup meilleur, beaucoup plus rapide, et il aurait pu être obtenu à moins de frais ; il y a eu, je le confesse, des inhabiletés opératoires que je me pardonne plus facilement en me souvenant qu'il est arrivé à Fergusson de couper la radiale par mégarde en pratiquant cette résection ; je ne me suis pas suffisamment astreint à suivre les règles des pansements antiseptiques dont je ne puis méconnaître les résultats, sans pour cela en trouver la théorie inattaquable. Tel qu'il est cependant, j'ai cru utile de vous communiquer ce fait qui me paraît encourageant, et que je vais vous résumer.

Observation. — Reisse (Frédéric), menuisier, 41 ans.

Le 2 mars 1877, mon confrère et ami le Dr Édouard Martin m'appelait en consultation auprès de M. R... Cet homme, d'une bonne santé et d'une forte constitution, en faisant la paye de ses ouvriers le 24 février, à 7 heures du soir, avait eu avec l'un d'eux une discussion à la suite de laquelle il avait été mordu profondément au médius de la main droite.

Le blessé se rendit chez le Dr Martin, et celui-ci constata l'existence d'une plaie transversale assez profonde sur le dos de la première phalange, un peu au-dessus de son articulation avec la phalangine, et d'une seconde plaie à la face palmaire, assez profonde pour intéresser les tendons fléchisseurs ; il prescrivit un pansement avec de l'ouate de Schaffhouse imbibée avec une solution d'acide phénique au 250e.

Les jours suivants, le doigt s'était tuméfié, le gonflement avait envahi la paume de la main et les plaies avaient été débridées.

Le 2 mars, le gonflement n'avait encore envahi que la paume de la

main; il y avait de la fièvre, le pouls était à 100, le thermomètre dans l'aisselle montait à 38°,8. Malgré de nouvelles incisions sur le doigt blessé et à la paume de la main, les parties voisines ne tardèrent pas à être envahies rapidement; le 4 mars, le poignet et l'avant-bras étaient tuméfiés; le 5, nous trouvons de la fluctuation profonde à la face antérieure de l'avant-bras, tuméfié jusqu'au coude; deux larges et profondes incisions sont faites, l'une au-dessus du poignet, l'autre un peu au-dessous du coude; elles pénètrent profondément au milieu des muscles épitrochliens; je passe un drain de l'une à l'autre; mais il s'écoule peu de pus; le lendemain, un écoulement abondant s'établit par le drain, sans que pour cela la marche envahissante de l'inflammation paraisse s'arrêter; la partie inférieure du bras commence à se tuméfier.

Le 8 mars, le gonflement du bras diminue un peu; celui de l'avant-bras n'a pas changé; nous agrandissons l'incision de la face antérieure du doigt médius et de la paume de la main; les doigts sont tous très-tuméfiés.

Le 12, nouvelles incisions à la face externe du poignet et à la partie postéro-externe de l'avant-bras; du pus et des débris de tissu cellulaire mortifié s'éliminent par les différentes incisions. Les jours suivants, les désordres paraissent se localiser au poignet et à la main; les plaies de l'avant-bras ont pris une meilleure apparence et le gonflement a diminué de ce côté-là; mais il a fallu inciser sur la face dorsale du poignet, sur le dos de la main; le pouce s'est beaucoup tuméfié; il s'est fait une ouverture naturelle à la face antérieure de l'auriculaire; on a constaté, le 20 mars, que les tendons du médius et du petit doigt sont en partie sphacélés, et que les mouvements du poignet sont douloureux; le 26 mars, que l'articulation de la phalange du médius avec sa phalangine est ouverte et que la phalange nécrosée en grande partie, baigne dans le pus; l'état général n'est pas mauvais cependant; l'appétit est conservé; le thermomètre monte à 38 ou 38°,2 le soir; la main a été pansée avec des cataplasmes de farine de graine de lin, et des injections phéniquées ont été faites dans les plaies et par le drain.

Le 30 mars, les plaies de l'avant-bras tendent à se cicatriser, mais le poignet et la main restent gonflés, les parties molles ont pris une consistance lardacée, et M. Martin constate des craquements dans l'articulation du poignet; la suppuration, qui avait diminué, a augmenté de nouveau; les craquements dans le poignet deviennent plus évidents les jours suivants[1].

Le 7 avril, une intervention plus active devenant nécessaire, nous nous réunissons, MM. les Drs Piachaud, Martin et moi; voici le résultat de notre examen: L'état général est assez satisfaisant; le pouls est un peu rapide, mais la température ne dépasse pas 38° le soir (cependant deux fois, au moment où les craquements ont commencé, le thermomètre est monté à 38°,5 et 38°,2); le matin elle est à 37°,5. La langue est

[1] La première partie de l'observation a été résumée d'après les notes que M. le Dr Martin a bien voulu me remettre.

bonne, l'appétit est conservé, la digestion se fait bien; il n'y a ni céphalalgie, ni frissons, ni sueurs; mais le malade a notablement maigri, son teint est devenu terreux, ses lèvres se sont décolorées.

L'examen du membre nous le montre dans l'état suivant : les doigts sont tous tuméfiés, turgescents, écartés les uns des autres, envahis par un œdème dur, lardacé; la peau est d'un rouge un peu violacé. Le squelette du médius est nécrosé; les articulations métacarpo-phalangiennes et phalango-phalanginiennes craquent. Le dos et la paume de la main sont de même très-tuméfiés et indurés; du pus s'écoule en grande abondance par les différentes incisions. La main est dans l'attitude de l'adduction forcée, faisant au niveau du bord cubital un angle rentrant de 120° environ, ouvert en dedans ; les mouvements du poignet donnent lieu à un craquement articulaire très-manifeste; le stylet introduit à travers deux fistules établies sur le dos de l'extrémité inférieure du cubitus arrive dans la direction du carpe sur des os nécrosés, et paraît pénétrer dans des interstices articulaires ; on n'arrive pas aux os par les incisions palmaires.

L'avant-bras est très-tuméfié, les tissus mous sont indurés par places; les pressions font refluer du pus par plusieurs des incisions.

Nous tombons immédiatement d'accord sur la nécessité d'une intervention; mes confrères proposent l'amputation de l'avant-bras; de mon côté, je leur fais remarquer que les lésions des parties dures paraissent circonscrites à l'articulation du poignet et au squelette du médius; que le malade acceptera certainement beaucoup mieux une opération qui lui conservera sa main plus ou moins mutilée, il est vrai, et que la résection se présente ici avec des chances de succès; elle parera aux accidents immédiats en donnant libre issue aux produits de l'inflammation; enfin, c'est la main droite qui est en jeu, nouvelle raison pour tenter la conservation; du reste, le malade sera averti que si dans le cours de l'opération l'amputation devient nécessaire, elle sera pratiquée séance tenante.

Tout ceci est accepté et l'opération est fixée au 10 avril 1877.

Le 10 avril nous nous réunissons chez le malade, MM. les Drs Piachaud, Martin et moi, et M. Ravenel, interne; le malade est chloroformé; la bande et le tube d'Esmarch sont appliqués avec précaution; la bande est peu serrée, surtout sur la main, à cause des clapiers purulents; je fais précéder son application de l'élévation du membre pendant quelques minutes; du reste, l'hémostase est complète.

Je commence par la désarticulation du médius au moyen de l'incision ovalaire, prolongeant l'incision dorsale de façon à explorer le métacarpien; le doigt extirpé, le métacarpien ne se trouve altéré que dans sa tête, que je résèque à la fin de l'opération avec la pince incisive. Je passe à la résection du poignet : incision de Lister à la partie externe du poignet, suivant le bord radial du deuxième métacarpien, puis se coudant en dedans pour éviter les tendons du pouce; l'obliquité a été insuffisante ; le tendon du long extenseur se trouve sur le trajet de la plaie, isolé ; je le respecte et le fais rejeter en dehors. J'arrive sur les os du carpe et je constate qu'ils sont dénudés, érodés, baignant dans

le pus; j'enlève, après les avoir saisis avec un davier, les os qui se présentent : trapézoïde, scaphoïde, semi-lunaire. Une seconde incision réunit les deux fistules cubitales et passe en dehors des tendons de l'extenseur du petit doigt et du cubital postérieur; serrant alors de près les os du carpe, je sépare avec la rugine les parties molles qui les recouvrent, de façon à les soulever sous la forme d'un pont complet; saisissant les os du carpe avec le davier, je les extrais peu à peu, soit en totalité, soit par fragments; ceux de la seconde rangée sont très-friables et se brisent; il ne reste en place que le pisiforme que je laisse.

Je constate que les surfaces articulaires du radius et du cubitus surtout sont érodées; je dénude l'extrémité inférieure du cubitus avec la rugine, je passe au-dessous d'elle une spatule pour écarter et protéger les parties molles, et j'en résèque avec une petite scie une longueur d'un centimètre. Je dénude de même le radius; mais ne pouvant le faire saillir dans la plaie, ne pouvant faire jouer la scie à chaîne sans danger pour les tendons, je fais soulever le pont de parties molles, et en deux coups de pince de Liston j'abats en deux fragments cette extrémité; je fais ensuite avec la pince de Liston la section des extrémités supérieures du deuxième et troisième métacarpiens nécrosés sur une petite longueur.

Il faut noter que si la résection du cubitus, du radius et des métacarpiens n'a emporté que des fragments absolument dépouillés de parties molles, il n'en est pas de même des os du carpe, dont plusieurs n'ont pu être séparés que par torsion, arrachement, et ont entraîné quelques parties ligamenteuses avec eux.

Avant de passer au pansement, les doigts sont mobilisés par des craquements; trois ligatures de catgut sur de petits vaisseaux, dont l'un saisi avec le ténaculum dans les tissus indurés sur le trajet de la radiale; trois points de suture métallique sur la partie dorsale de l'amputation du médius. Je place deux drains : l'un à travers le poignet, de la plaie radiale à la plaie cubitale; l'autre va, de la plaie cubitale, ressortir au niveau de la partie moyenne du cubitus à travers une fusée sous-jacente au muscle cubital; il y a un point peu étendu du cubitus à nu le long de ce trajet.

Le membre est placé sur une gouttière que, du reste, le malade n'a pas supportée et qui a été bientôt remplacée par un simple coussin; les plaies sont pansées avec du coton de Schaffhouse imbibé d'une solution phéniquée au centième et enveloppé avec de la gutta-perca laminée.

Les jours suivants, l'état de l'opéré est satisfaisant; il y a peu de douleur, la fièvre est modérée; le thermomètre marque 37°,7, 37°,2, 37°,7 et 38 le matin; 38°, 37°,7, 38°,2, 38°,3, 38°,5 le soir; la suppuration est cependant fétide les premiers jours et la plaie couverte de détritus grisâtres; mais bientôt elle se déterge, le pus devient phlegmoneux et des bourgeons charnus apparaissent. Malheureusement, dans l'après-midi du 17, une hémorrhagie a lieu par la plaie radiale; elle se reproduit trois fois, toujours arrêtée par le malade au moyen du tube d'Es-

march que nous lui avons confié : la température est montée à 39°,2 ; à 8 heures 1/2 du soir l'hémorrhagie se reproduit pour la troisième fois ; on aperçoit dans la plaie radiale, sur le trajet de l'artère, une tumeur pulsatile du volume d'une noisette, à parois grisâtres ; je replace l'Esmarch, et après quelques recherches j'arrive à lier les deux bouts de la radiale dans la plaie ; le bout supérieur baigne dans des tissus mortifiés, le bout inférieur est dans les bourgeons charnus ; la partie intermédiaire forme un cordon blanc qui paraît ouvert à sa partie postérieure et surmonté de tissus grisâtres, sphacelés, qui formaient les parois de la poche pulsatile. Il est plus que probable que dans le cours de la résection la radiale avait été blessée, et qu'en cherchant à saisir l'artère qui donnait, mon ténaculum l'avait atteinte.

L'hémorrhagie ne s'est pas reproduite depuis. Le drain a été enlevé au moment de l'hémorrhagie ; nous en profitons pour explorer la cavité de résection, et nous trouvons les os recouverts, sauf le deuxième métacarpien et le radius ; la fièvre persiste malgré le sulfate de quinine que nous avons prescrit ; le pus s'écoule mal et il paraît nécessaire de remettre le drain en place ; la fièvre diminue presque aussitôt ; mais il y a une rougeur assez prononcée de l'avant-bras ; la main reste tuméfiée, quoique le gonflement des doigts ait notablement diminué ; la suppuration est de bonne nature ; les plaies de résection se détergent et se débarrassent de petits lambeaux de tissu cellulaire filamenteux mortifié. Le malade peut se lever à partir du 23 avril.

Je passe rapidement sur la suite de l'observation ; la guérison s'est faite lentement, la réparation ayant été retardée à plusieurs reprises dans sa marche par de petites poussées inflammatoires qui ont nécessité l'emploi de la quinine, de frictions mercurielles, ou d'incisions.

Je lis dans mes notes que le 26 avril je trouve le radius complétement recouvert ; la plaie est en pleine granulation ; mais un abcès assez profond s'est formé à la partie supérieure et antérieure de l'avant-bras.

Le 1er mai, un petit séquestre s'élimine spontanément, et les plaies sont en assez bonne voie de réparation pour que nous remplacions le drain qui passe à travers le poignet par deux bouts de tubes placés l'un dans la plaie radiale, l'autre dans la plaie cubitale ; nous les raccourcissons graduellement. Une petite eschare s'est formée au niveau du coude et s'élimine spontanément.

Le 6 mai, on ouvre un abcès rempli de pus fétide au niveau du tiers supérieur du cubitus ; le 10, un petit abcès sous-cutané de l'avant-bras ; le 18, un autre à la paume de la main ; le 22, on fait refluer du pus dans la plaie radiale en pressant le long de l'index ; le 25, une collection se forme sous la cicatrice en partie fermée de la plaie radiale.

Pendant ce temps, le gonflement de la main a beaucoup diminué, les mouvements volontaires ont reparu le 2 mai dans l'index, le 13 dans le pouce ; le 18 mai, le drain qui avait été placé le long de la fusée cubitale a été définitivement enlevé ; l'os n'était plus à nu.

La fièvre a complétement cessé à partir du 25 mai ; quelques petits séquestres se sont encore éliminés au niveau de la plaie radiale ; quel-

ques petits abcès se sont formés au niveau de l'auriculaire, à la paume de la main, mais aucun accident n'est venu entraver la cicatrisation, qui s'est faite lentement dans le courant de juillet; le malade avait alors repris son embonpoint, son teint et ses forces.

Le gonflement des doigts a peu à peu diminué, et les mouvements ont commencé à se produire.

Pour favoriser leur retour, nous avons continué pendant plusieurs mois, M. Martin et moi, le traitement consécutif, qui a consisté en mouvements forcés, imprimés d'abord chaque jour, puis à intervalles plus éloignés, aux doigts encore passablement enraidis, et en séances d'électrisation par les courants interrompus appliqués sur les muscles de l'avant-bras et de la main, qui répondent du reste fort bien à l'électrisation; le malade y a ajouté de lui-même les inévitables bains de tripes. Peu à peu il a repris différentes occupations nécessitant l'emploi de ses doigs et de sa main; ses progrès ont été constants; mais je n'insiste pas, et j'arrive aux résultats obtenus aujourd'hui, véritable but de cette communication.

Le 25 juin 1878, quatorze mois après l'opération, j'ai examiné l'opéré en présence de votre collègue, mon ami Lucas-Championnière, et voici ce que nous avons noté. La main est naturellement assez difforme, à cause de l'ablation du médius et de la tendance des deux doigts voisins à se rapprocher par leurs extrémités unguéales; l'opéré ne s'en plaint pas, du reste, car il se sert avantageusement de ces deux doigts à la façon d'une pince; le poignet, à part les cicatrices de l'opération, est fort peu déformé; l'extrémité inférieure du cubitus tend à faire une certaine saillie en arrière, surtout dans certains mouvements; le paquet des tendons extenseurs fait également saillie en arrière au niveau du poignet, probablement parce qu'ils sont soulevés par les productions osseuses des os de l'avant-bras; enfin, en avant et sur le côté externe, on voit ramper la radiale qui est devenue extrêmement tortueuse.

La palpation à travers les parties molles ne permet pas de se rendre un compte exact de la disposition des nouvelles surfaces articulaires; on sent bien des saillies osseuses assez irrégulières, paraissant appartenir surtout au radius, mais il ne semble pas qu'il y ait autre chose; rien qui ressemble aux os du carpe, à part le pisiforme qui avait été respecté. En pressant fortement au niveau du nouvel interligne articulaire, on écarte très-évidemment d'un centimètre au moins les surfaces contiguës des os de l'avant-bras et de la main.

Voilà pour la forme : voyons maintenant ce qu'il en est des fonctions.

Les mouvements qui se passent dans l'articulation du poignet sont réellement aussi complets qu'à l'état normal; la flexion, l'extension, l'adduction, l'abduction, la pronation et la supination se font absolument bien, aussi bien qu'au poignet non opéré; et cette liberté des mouvements n'est point du tout contrebalancée par une perte de force; j'avais déjà souvent examiné le blessé sous ce rapport; aujourd'hui il n'a fait que gagner; son poignet résiste au mouvement d'extension forcée; de telle façon que je ne puis, malgré un effort violent, renverser sa main en arrière; il soulève facilement une chaise assez lourde à

bras tendu sans que le poignet cède; sous ce rapport donc, le résultat est certainement aussi parfait que possible. Il n'en est pas encore tout à fait de même de la mobilité des doigts, mais elle a assez gagné en étendue dans ces derniers temps, pour qu'avec de l'exercice on puisse très-certainement espérer dans un avenir peu éloigné un résultat également satisfaisant. Au demeurant, l'opéré peut aujourd'hui se servir de sa main pour différents usages qui réclament, soit de l'adresse, soit de la force; il a recommencé à faire quelques travaux relatifs à sa profession, de petits ouvrages de menuiserie; d'autre part, il peut écrire avec sa main opérée d'une façon très-satisfaisante, comme en témoignent les deux spécimens de son écriture que je vous soumets.

Voici quels sont les mouvements actifs de ses doigts : le pouce peut être opposé, soit à l'index, soit à l'annulaire; il se fléchit médiocrement; l'index se fléchit dans ses trois articulations à peu près à moitié chemin de la flexion complète; l'annulaire a des mouvements un peu plus restreints; ceux du petit doigt sont encore médiocres; les mouvements d'abduction et d'adduction des doigts sont tous parfaitement conservés. Grâce à ces différents mouvements, le blessé peut aujourd'hui saisir solidement des objets volumineux; il peut saisir des objets plus petits, comme une plume, et s'en servir avec une adresse très-suffisante; il est vrai que pour écrire il utilise plutôt les mouvements de l'avant-bras et du poignet que ceux des doigts, dont la flexion est incomplète encore. Nul doute pour moi, du reste, que l'organe ne continue à se perfectionner par l'usage; la sensibilité, il ne faut pas l'oublier, est intacte, ce qui lui permet d'accommoder ses mouvements aux sensations perçues; c'est ce que ne donneront jamais les plus beaux appareils prothétiques.

En résumé, tel qu'il est aujourd'hui, le résultat m'a paru assez encourageant pour mériter de vous être soumis; l'opéré ne changerait pas sa main telle qu'elle est contre une main artificielle, si perfectionnée fût-elle, et c'est un critère qui en vaut beaucoup d'autres.

Je n'ajouterai que quelques brèves remarques nécessaires pour compléter mon observation. Je n'ai rien à dire de plus du résultat obtenu, il me paraît significatif; cependant j'insiste de nouveau sur ce fait qu'on n'a pas assez fait ressortir : à savoir, que la résection ne conserve pas un appareil de mouvement seulement, mais aussi un organe de sensibilité, et que, pour bien fonctionner comme mouvement, la main doit posséder sa sensibilité intacte.

Je vous ferai remarquer, en second lieu, que mon opération a été pratiquée dans des conditions assez spéciales; ces conditions, si je ne me trompe, étaient exceptionnellement favorables. Dans l'immense majorité des cas, la résection du poignet a été dirigée soit contre les arthrites fongueuses, les tumeurs blanches du poignet; soit contre les plaies articulaires avec ou sans fracture;

immédiatement ou ultérieurement, contre l'arthrite qui leur succède.

Dans le cas d'arthrite fongueuse, il y a toujours à compter avec les mauvaises conditions dans lesquelles se trouve le sujet, avec sa constitution scrofuleuse, avec la débilitation due à une longue suppuration ; il y a toujours comme point noir la récidive possible, et malheureusement trop fréquente ; ou bien le résultat immédiat plus ou moins satisfaisant va se trouver compromis et perdu par le développement d'une affection viscérale de même nature que l'arthrite. Et cependant, même dans ces conditions fâcheuses, nous savons que Lister et quelques autres chirurgiens ont obtenu de beaux succès. Lister, en particulier, sur 15 opérations citées dans la thèse de M. Follet, dont 13 terminées par guérison, a eu 11 bons résultats et 2 récidives.

D'autres fois, la résection a été pratiquée chez des sujets, sains d'ailleurs, atteints de plaies articulaires du poignet, dans la plupart des cas de plaies par armes à feu, dans quelques autres de fractures ou de luxations avec issue des os à travers les parties molles ; ici, faite primitivement ; là, secondairement ou même longtemps après la blessure. Or, il faut bien faire la part des circonstances ; les résections, dans la pratique de la chirurgie militaire en particulier, sont loin d'avoir donné les résultats qu'on aurait pu en attendre théoriquement ; mais c'est qu'il y a à compter avec toutes les difficultés que rencontre le chirurgien sur le champ de bataille : encombrement, nécessité du transport des blessés et des opérés ; complications diverses ; impossibilité, le plus souvent, pour l'opérateur de suivre jusqu'au bout son malade et de diriger le traitement consécutif convenable. Aussi, les partisans les plus déclarés de la résection du poignet sont-ils forcés d'avouer que cette opération, bonne en elle-même, n'a pas donné de brillants résultats dans les dernières guerres ; il est vrai qu'elle a été relativement peu utilisée.

Sur 10 cas rassemblés par Langenbeck, 2 opérés sont morts, et les 8 guérisons se répartissent de la façon suivante : 2 ankyloses, 1 articulation flottante ; les 5 autres opérés n'ont en rien bénéficié de la résection, puisque la main qu'elle leur a conservée est restée sans usage.

G. Otis a réuni 96 résections pratiquées pendant la guerre de la sécession, dont 6 totales seulement. Je ne prends en considération que ces dernières, seules comparables entre elles, et je trouve que sur ces 6 opérés, 2 seulement ont pu se servir utilement de leurs doigts, principalement du pouce ; 3 autres ont gardé une main sans usage ou à peu de chose près, et, enfin, le dernier a été amputé à la suite d'hémorrhagies secondaires, et a succombé.

Faut-il désespérer pour cela de la résection du poignet dans la pratique de la chirurgie militaire? Telle n'est pas la pensée de Langenbeck, qui pense que de meilleurs résultats pourraient être obtenus si l'on en vient à la résection primitive dans ces cas; ceci est une question à élucider.

Mon observation personnelle n'appartient ni à l'une ni à l'autre de ces deux catégories de faits; il s'agit d'une arthrite suppurée, d'une arthrite par propagation; il n'y a eu ni fracture, ni délabrements traumatiques des parties molles péri-articulaires; cette arthrite date de quelque temps déjà; voici donc des conditions favorables : d'une part, santé générale bonne, pas de scrofule; de l'autre, inflammation préparatoire qui a pu, comme le dit Ollier, régénérer dans le périoste ses propriétés latentes à l'âge adulte; enfin, pas d'autres désordres dans les parties péri-articulaires que les altérations inflammatoires. Les exemples analogues sont rares jusqu'ici. J'ai trouvé dans la thèse de M. Follet deux observations qui se rapprochent de la mienne: l'une appartient à Erichsen, l'autre à Lister; dans le dernier cas, la guérison a été rapide et complète; dans le premier, le blessé n'a pas été suivi assez longtemps, mais le résultat, au moment où il a été perdu de vue, était satisfaisant. Enfin, le Dr West a publié dans le *Dublin Quarterly Journal* (1870) l'observation d'une malade atteinte d'arthrite du poignet, consécutivement à une piqûre; la résection a donné un très-bon résultat.

Ces quelques cas me semblent indiquer que dans les arthtrites aiguës suppurées du poignet (je ne parle pas, dans ce moment, des tumeurs blanches suppurées), on peut, malgré les complications inflammatoires, conserver par la résection une main utile au malade.

Ce succès que j'ai obtenu a été acheté au prix d'une hémorrhagie secondaire et d'une mortification, superficielle il est vrai, des tissus intéressés dans l'opération. Ceci m'amène à dire quelques mots du procédé opératoire; j'ai choisi celui de Lister, qui me paraissait ménager le mieux possible les tendons; je l'ai suivi rigoureusement pour l'incision radiale; quant à la cubitale, je l'ai reportée en arrière du cubitus pour profiter de deux fistules. Je ne connaissais pas alors le procédé de Langenbeck qui s'en rapproche beaucoup, mais qui a pour avantage, d'après l'auteur, d'éviter plus sûrement la blessure de la radiale. Je n'ai pas trouvé que le procédé de Lister fût sans inconvénients dans le cas particulier; sur une main intacte ou dont les tissus mous sont peu tuméfiés, il n'est pas difficile de faire écarter les parties molles, mais le gonflement et l'induration de ces parties étaient tels, dans mon cas, que la manœuvre ne pouvait se faire sans tiraillement, sans contusion assez violente; il ne faut pas oublier que dans tous les cas l'ablation des

os du carpe ne peut se faire qu'avec du temps, que l'opération est sinon très-difficile, au moins longue et laborieuse.

Aussi serais-je disposé, si un cas analogue se présentait à moi, à chercher un moyen de mettre les os à nu plus largement, à me faire du jour, non en écartant les tendons, mais en en coupant ce qu'il faudrait, à l'exemple de Butcher. Il faut bien noter qu'aujourd'hui nous sommes bien mieux armés : avec les différentes méthodes antiseptiques, nous devons, dans la grande majorité des cas, obtenir la réunion par première intention d'une plaie nette ; d'autre part, plusieurs d'entre vous ont fait faire à la ténorraphie de notables progrès. Je crois donc qu'on pourrait, sans témérité et avec avantage, sectionner un ou plusieurs des tendons extenseurs, de façon à aborder plus facilement le carpe, et à ménager beaucoup mieux les tendons respectés ; il est certainement moins grave de couper un tendon, quitte à le suturer, que de le mettre à nu dans sa longueur et de le contusionner en le tiraillant. Reste à rechercher comment appliquer le principe que je propose, et comment ménager, le mieux possible, les autres parties, nerfs, etc.

J'ajoute que lorsque le membre perd, comme chez mon opéré, une longueur considérable de son squelette, il en résulte que les tendons sont relativement trop longs; par conséquent les muscles ne peuvent plus agir comme auparavant ; il faudrait, pour qu'ils reprissent, sans se modifier eux-mêmes, toutes leurs fonctions, une régénération osseuse que l'on ne peut espérer assez étendue puisque, dans tous les cas, on ne voit pas comment se reformeraient les os du carpe. Que se passe-t-il alors, puisqu'enfin, malgré la longueur exagérée de leurs fibres charnues et tendineuses, les muscles finissent par reprendre leurs fonctions ? Il est probable que ce sont eux qui se raccourcissent. Ne pourrait-on pas, une fois la section de quelques tendons admise, en profiter pour en retrancher avant la suture une certaine longueur ? On n'agirait que sur les extenseurs, il est vrai; mais qui ne voit que ceux-ci raccourcis, maintenant la main dans un certain degré d'extension, faciliteraient la tâche des fléchisseurs trop longs. Ce que j'avance ici se trouve confirmé par l'examen de mon opéré; de lui-même il avait senti, à une certaine époque, qu'en maintenant, au moyen d'une petite attelle dorsale, sa main dans l'extension, la flexion des doigts devenait plus facile; aujourd'hui que ses mouvements ont gagné en étendue, ce fait est encore évident, quoique infiniment moins marqué.

Ces remarques, cela va de soi, n'ont trait qu'aux cas particuliers plus ou moins analogues au mien : à ceux dans lesquels le gonflement considérable des tissus gêne les manœuvres opératoires, excellentes dans d'autres circonstances.

Discussion.

M. Desprès. Je n'ai jamais vu faire la résection du poignet, je n'en ai jamais fait, et je crois pouvoir affirmer que je n'en ferai jamais.

Je pense que la gravité de l'arthrite, dont vient de nous parler M. Reverdin, peut s'expliquer parce qu'on n'a pas employé le traitement classique, qui donne de si bons résultats, l'immobilité et la compression.

D'après les renseignements qui nous ont été donnés, nous pouvons juger que cet individu n'est pas dans un état plus avantageux que les malades soignés par la compression, car il n'a que des mouvements peu étendus dans l'index et il écrit comme s'il avait une plume au bout d'un moignon.

J'ai eu, dans mon service, une malade atteinte d'arthrite suppurée du poignet qui entra, après avoir suivi un traitement peu méthodique, dans un état des plus alarmants ; je lui fis appliquer un appareil compressif. En huit mois, elle élimina un grand nombre de sequestres, plusieurs abcès se fermèrent seuls, et la malade quitta le service, après 11 mois de séjour, dans un état plus satisfaisant que le malade de M. Reverdin, puisqu'elle a assez de mouvements dans les doigts pour pouvoir tricoter.

Quand on compare les résultats de la résection et ceux que donne la compression, les avantages de l'opération ne sont pas assez grands pour pouvoir lui donner la préférence ; avec un bon traitement, on évitera la résection. Je pourrais montrer, pour confirmer cette opinion, un employé de l'hôpital Cochin qui, à la suite d'une arthrite suppurée du poignet, a obtenu par ce traitement un magnifique résultat.

Je crois que M. Reverdin fait joner un rôle trop important à l'élongation des tendons, car la gêne des mouvements tient beaucoup aux adhérences des tendons avec les gaînes.

M. Lucas-Championnière. Plus favorisé que M. Desprès, je puis parler du malade de M. Reverdin en connaissance de cause, car je l'ai vu. Or, je puis affirmer que le résultat de la résection est fort remarquable, et que je puis le comparer à ceux obtenus par M. Lister, qui est peut-être le chirurgien ayant pratiqué le plus de résections du poignet. M. Lister a fait 37 résections, et il considère cette opération comme facile et comme donnant de bons résultats; or, j'ai constaté chez l'opéré de M. Reverdin les avantages que j'avais remarqués sur ceux de M. Lister.

Le malade de M. Reverdin a eu une poussée inflammatoire des doigts qui les a immobilisés, mais ceci est tout à fait en dehors de la question de la résection.

Lorsqu'on regarde la quantité de séquestres que l'on a été obligé d'enlever, on peut douter que l'élimination ait pu se faire seule; aussi allait-on être conduit à faire l'amputation lorsqu'on se décida à pratiquer la résection.

Le résultat est vraiment excellent et comme force et comme fonction délicate, car cet homme écrit rapidement.

Je suis persuadé que ce malade gagnera comme mouvement, car la raideur tient beaucoup plus à l'articulation qu'à l'adhérence des tendons; aussi en présence du résultat excellent donné par la résection, je crois que la conservation n'aurait jamais donné un tel avantage.

M. Le Dentu. Notre collègue M. Desprès est bien heureux de pouvoir affirmer que jamais, dans une arthrite suppurée du poignet, il ne sera conduit à se poser la question d'une intervention chirurgicale, amputation ou résection.

Pour moi, je regarde comme une hérésie chirurgicale de dire qu'on ne sera jamais amené à pratiquer l'amputation pour une arthrite suppurée du poignet; car peut-on affirmer qu'on pourra toujours arrêter la marche envahissante d'une arthrite.

M. Desprès a cité deux cas de guérison ; je lui opposerai le fait suivant. Un malade entra à l'Hôtel-Dieu pendant un remplacement que je faisais; j'instituai le traitement classique, immobilité et compression ; l'année suivante, en reprenant le service, je retrouvai ce malade, dont rien n'avait pu enrayer la marche de l'arthrite, qui se compliquait de synovite fongueuse: l'affaiblissement était tel que je fus obligé de pratiquer l'amputation du bras.

Je déclare que pas un chirurgien n'aurait pu éviter l'amputation du bras, et, comme je l'ai dit, malgré le traitement le plus méthodique, il y avait eu arthrite, puis synovite, et enfin phlegmon.

Il faut souvent intervenir, et je m'étonne d'entendre soutenir le contraire.

Quant à l'élongation des tendons, je puis donner quelques renseignements sur ce sujet: j'ai fait la dissection de la jambe d'un individu auquel j'avais pratiqué la résection de l'articulation tibio-tarsienne; les extrémités osseuses s'étaient réunies et les tendons n'étaient coudés en aucun point; le tendon d'Achille lui-même était à la longueur voulue par l'articulation réséquée. A la fin d'une opération de résection, on est un peu effrayé de la longueur disproportionnée des tendons, mais tout cela disparaît.

M. Tillaux. Il faut établir une grande distinction entre l'arthrite traumatique et l'arthrite fongueuse.

Malgaigne était d'avis qu'il ne fallait jamais faire de résection

pour des tumeurs blanches ; je partage son opinion, car j'ai fait deux résections que j'ai été obligé d'amputer plus tard.

Il y a certainement à faire une distinction entre la tumeur blanche et l'arthrite survenant à la suite de synovite fongueuse ayant envahi l'articulation, ce qui est le cas de M. Reverdin. Mais je crois cependant qu'il est préférable d'attendre, non-seulement si le poignet craque et s'il y a suppuration entre les os, mais même si l'articulation est ouverte. J'ai eu une malade dans ce cas ; j'ai attendu et je l'ai guérie.

Le procédé que je conseille pour la résection du poignet consiste dans deux incisions latérales qui permettent d'arriver sur les os sans rien rencontrer; je résèque d'abord le cubitus; ensuite, avec une spatule, je décolle le périoste du radius, ce temps, difficile sur le cadavre, est ordinairement facile sur un malade atteint d'arthrite; puis, protégeant les tendons avec une lame de carton, je sectionne le radius avec une scie de Larrey. Je préfère commencer par les os de l'avant-bras, parce qu'il est facile de faire basculer le poignet entre les lèvres de la plaie et de réséquer les os du corps sans craindre de léser les artères et les nerfs.

Il a été proposé de nombreux procédés pour pratiquer la résection du poignet, et on a même été jusqu'à conseiller la section de tous les tendons, en prétextant qu'il devait toujours y avoir ankylose. Je n'admets pas cette opinion, et je conseille le procédé à deux incisions latérales.

M. Desprès. Vous venez d'entendre M. Tillaux vous exposer les résultats de sa pratique, et vous pouvez juger des résultats de la résection du poignet.

Avec de bons pansements, on guérit les arthrites fongueuses : c'est ce que l'on ne fait pas en Angleterre ; en revanche, on nous présente des observations de résections, mais ces observations sont loin d'être assez minutieuses pour avoir une valeur ; on nous parle des malades opérés il y a 2 ou 3 mois ; c'est après 15 mois qu'il serait important de les montrer.

Je dis qu'il faut écrire en lettres d'or que pour une tumeur blanche du poignet, si le sujet n'est pas phthisique, on ne sera jamais amené à se poser la question de l'amputation, si on emploie l'immobilité et la compression.

Grâce à ces moyens, on guérira les malades, parce que les doigts et la main jouissant d'une vitalité exceptionnelle, on obtient des résultats absolument satisfaisants.

M. Farabeuf. Pour juger la valeur thérapeutique de la résection du poignet, il est nécessaire de préciser les cas dans lesquels on peut la pratiquer.

Cette question a été posée au congrès de Lille, au sujet d'un malade présenté par M. Follet, et M. Ollier, exposant les résultats de sa pratique, admit que, dans les cas traumatiques, le résultat est bon; que, dans les ostéo-arthrites suppurées développées spontanément, le résultat est mauvais, et que, dans les ostéo-arthrites développées lentement, à la suite de ténosites, le résultat était tolérable.

Quant au procédé opératoire, je suis partisan des deux incisions latérales, mais je ne crois pas ce procédé aussi simple que semble le dire M. Tillaux.

M. Reverdin. Je ne crois pas nécessaire de discuter l'opportunité de l'opération, qui n'était douteuse ni pour M. Piachand, ni pour M. Martin, ni pour moi : notre seule hésitation était de savoir s'il fallait amputer ou réséquer.

Nous nous sommes décidés pour la résection, et je vous apporte des résultats qui me paraissent tout à fait différents de ceux que l'on obtient par les traitements ordinaires, soit pour des plaies, soit pour des tumeurs blanches.

J'ai recueilli des faits qui montrent que des plaies de la main, soignées par la compression, se sont terminées par la mort ou par l'ankylose.

Quant à l'avenir réservé aux tendons, je sais très-bien que les muscles finissent par revenir à la longueur des os, mais j'ai pu constater chez mon malade que, lorsqu'on mettait la main dans l'extension, les mouvements des fléchisseurs étaient plus étendus. Aussi je n'ai avancé que comme une hypothèse l'idée de sectionner et de suturer les tendons pour les diminuer.

Présentations de malades.

I

M. Verneuil présente un malade entré dans son service, il y a 5 ou 6 jours, pour une tumeur du maxillaire supérieur, néoplasme à éléments cellulaires, à marche rapide. Cet individu est grand, fort; mais il a la langue sèche, plus de dents, et ses urines contiennent 63 grammes de sucre par litre.

M. Verneuil demande si on doit l'opérer, ou si, en présence de cet état général, il faut s'abstenir. M. Verneuil désire faire juger cette question par la Société.

II

M. Desprès présente une femme de 81 ans, opérée d'une tumeur

fibreuse de l'abdomen. Après avoir pratiqué la suture de la plaie, on se contenta, comme pansement, de l'application de cataplasmes. Opérée le 13 juin, cette femme était complétement guérie le 1er juillet.

M. Desprès se propose de revenir sur ce point dans la prochaine séance.

III

M. Larger présente un malade opéré par la méthode de Chopart. Renversement du moignon. Guérison par l'électricité.

Présentation d'instruments.

M. Poulet de Lyon présente un instrument appelé le *Tocographe*, instrument donnant graphiquement le travail des muscles abdominaux, séparé du travail du muscle utérin pendant l'accouchement.

L'examen de cet appareil est renvoyé à une commission composée de MM. Guéniot, Lucas-Championnière et Polaillon.

La séance est levée à 5 h. 40.

Le secrétaire,
Horteloup.

Séance du 17 juillet 1878.

Présidence de M. F. Guyon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de Paris;

2° La *Revue des sciences médicales* en France et à l'Étranger ;

3° Le *Sud médical*, la *Gazette médicale de Bordeaux*, l'*Alger médical*, le *Bordeaux médical*, le *Lyon médical;*

4° *Lherbuch der chirurgie und operations Lehre,* von Dr Edouard Albert, membre correspondant; *The British medical Journal*, la *Gazette médicale Italienne-Lombarde*, la *Gazette de santé militaire de Madrid ;*

2° La *Salute sezione d'igiene popolare* de Gênes;

3° *Du Traitement curatif des veines par l'oblitération des veines,* par Davat, Paris, 1836.

M. le président annonce que M. Saxtorph, de Copenhague, membre correspondant étranger, assiste à la séance.

M. le président donne lecture de lettres par lesquelles M. le président du Congrès pour l'avancement des sciences et M. le président du Congrès d'hygiène demandaient à la Société de chirurgie de vouloir bien désigner des délégués pour la représenter à ces Congrès.

La Société décide que les membres délégués seront désignés par le bureau.

A propos du procès-verbal, M. Farabeuf fait observer que le malade présenté dans la précédente séance, comme ayant subi une amputation de Chopart, a subi, en réalité, une désarticulation anti-scaphoïdienne, et peut-être même une amputation intra-cunéiforme.

Communication orale.

M. Verneuil. Je désire revenir sur le malade que je vous ai présenté dans la dernière séance, car je considère la question que soulève son état général comme d'un intérêt capital, que je crois indispensable de voir examiner et discuter à fond par la Société de chirurgie.

Voici d'abord, en quelques mots, l'histoire du malade.

Il s'agit d'un homme de 58 ans, journalier, entré dans mon service le 2 juillet 1878. Cet homme, petit, fort, bien musclé, ne présente aucun antécédent morbide ; pas de syphilis ; un peu de rhumatisme s'accompagnant d'urine chargée d'urate de soude ; quelques varices ; mais, en résumé, il a toujours joui d'une excellente santé, jusqu'à il y a deux ans, à cette époque : sa soif, son appétit, augmentèrent, mais son embonpoint ne varia pas. A l'âge de 22 ans, cet homme fit sur la mâchoire une chute à la suite de laquelle il perdit pas mal de dents.

Il y a quatre mois, il fut pris de douleurs dans la mâchoire supérieure au niveau de la canine droite ; il se la fit arracher, mais il s'aperçut d'une légère tuméfaction, à ce niveau, sur la voûte palatine. Cette tuméfaction augmenta avec une telle rapidité qu'en

quatre mois elle est parvenue au volume que vous avez pu voir. Elle bouche l'œil, soulève le nez; elle a envahi tout le bord alvéolaire et toute la voûte palatine, et elle occupe tout le maxillaire supérieure. Cette tumeur s'accompagne de telles douleurs que cet homme demande à en être débarrassé.

Cette tumeur est une tumeur maligne, quel que soit le nom qu'on lui donne, et nous sommes habitués à en opérer, car le seul danger, que présente cette opération est l'hémorrhagie, dont nous savons nous rendre maîtres sans grandes difficultés.

Si ces opérations donnent de beaux succès primitifs, il n'en est plus de même consécutivement; on les guérit en effet; mais la guérison est de peu de durée, et la récidive est rapide. Je dois cependant dire que j'en ai opéré 2 dont la guérison se maintient, pour l'une depuis 12 ans, et l'autre depuis 15 ans.

Je n'hésiterais donc pas à opérer cet individu, s'il ne se présentait une circonstance que je regarde comme une sérieuse contre-indication. Je veux parler du diabète. En interrogeant cet homme, mon interne, qui a l'habitude de ces recherches, supposa la glycosurie; il examina les urines et trouva 63 grammes de glycose par jour.

Nous admettons tous, sans conteste, qu'il existe des contre-indications évidentes; ainsi nous n'opérons jamais un individu ayant une tumeur cancéreuse interne, une affection du cœur, des tubercules pulmonaires, mais nous sommes loin d'avoir une opinion aussi arrêtée sur les empoisonnements du sang, tel que le diabète. Nous avons eu souvent l'occasion d'en parler, et il a été impossible de donner un précepte absolu. Pour expliquer cette hésitation, on a cité des guérisons chez des diabétiques : des guérisons de cataractes, de hernies étranglée, d'ablation d'hémorrhoïdes, de phegmons diffus largement débridés; mais pour de grandes opérations, telle que celle dont il s'agit chez mon malade, on n'a pas eu les mêmes succès.

Il est certain que l'on a dû opérer des diabétiques sans connaissance de cause, et qui ont dû guérir; de plus, il y a dans le remarquable ouvrage de Marchal de Calvi un cas de guérison à la suite d'une amputation d'un membre; dans la thèse de Vincent, il y a une autre observation; et je connais un cas d'amputation de bras guérie chez un diabétique.

En résumé, ce sont des faits rares, peu connus, et qu'il faut examiner.

Dans le cas actuel, il s'agit d'une grave opération dont le résultat heureux est très-aléatoire; aussi je suis d'avis que les chances ne sont pas égales et qu'il vaut mieux ne pas opérer.

Je crois cependant qu'on peut modifier ce pronostic en modifiant

le diabète, ainsi j'ai opéré un individu le sachant diabétique, dans les conditions suivantes.

Un monsieur de 45 ans, large, solide, se présente à moi avec une fistule anale, ou plutôt avec un phlegmon de la marge de l'anus datant de 4 ans ; on l'avait cru guéri pendant un moment, mais la plaie s'était réouverte, et enfin il restait une fistul eavec induration. Les bords étaient livides, il y avait une large induration ; l'état général paraissait bon, malgré quelques accès de goutte, mais, en examinant les urines, on constata 26^{gr},50 de glycose par litre.

En lui annnonçant cette découverte, je lui conseillai de suivre un traitement antidiabétique, et que, suivant ce résulttat, j'aviserais.

Fischer, de Hanovre, conseille de faire prendre aux diabétiques de l'acide phénique pour diminuer le sucre, mais je préférai le soumettre à l'usage de la glycérine.

En huit jours, de 26^{gr},80 le sucre tomba à 8^{gr},40, puis à 7^{gr},32.

Le malade désirait vivement être opéré, je me décidai, avec le thermo-cautère, je fis un débridement considérable ; les suites en furent très-simples, le sucre persista toujours dans les mêmes proportions, 6 grammes par litre.

Il ne survint aucun accident, sauf une légère hémorrhagie, deux petites cuillers de sang, qui se produisait tous les deux jours, lorsqu'on soulevait la mousseline du pansement. Je continuai la glycérine, avec un peu de sulfate de quinine, et la plaie alla assez bien pour que ce malade pût retourner dans son pays. La guérison n'est pas encore complète, le sucre persiste ; et, lorsque le chiffre arrive vers 11 grammes, la plaie prend un mauvais aspect ; quand le sucre diminue, la cicatrisation paraît prête à se faire. Je vais envoyer ce malade à Vichy, et je ne doute pas du succès.

J'ai recueilli une autre observation qui prouve qu'il ne faut pas attacher une trop grande espérance à cette disparition momentanée de la glycose. Tessier de Lyon a beaucoup insisté sur cette intermittence de la glycose, et surtout sur les cas dans lesquels le sucre est remplacé, d'un jour à l'autre, par de l'urée, par des phosphates, par de l'acide urique ou par de l'acide oxalique, ou enfin par de l'albumine. Le diabète est un véritable Protée dont les transformations sont toujours graves.

Je fus consulté cet hiver par un homme de 45 ans, grand, fort, d'une belle apparence, pour une tumeur de la région parotidienne datant de longues années : la peau était livide, les douleurs étaient vives, et je me décidai à lui conseiller de se faire opérer. Au moment où il quittait mon cabinet, il me raconta que, deux mois auparavant, il avait été diabétique, 30 grammes par litre, mais

qu'à la suite d'un traitement tout avait disparu. Je priai M. Mialhe d'examiner les urines : on ne trouva rien ; je demandai l'avis de M. Richet, et nous décidâmes de l'opérer.

L'opération fut longue; il fallut dénuder la gaîne de la carotide dans une étendue de 2 centimètres. Le lendemain je fis examiner les urines ; elles contenaient beaucoup de sucre ; quarante-huit heures après, le sucre avait disparu et était remplacé par une quantité considérable d'urate de soude.

Au 4e jour survint un érysipèle qui fit le tour de la tête, puis une hémorrhagie consécutive ; le 6e, le 7e et enfin le 8e jour, ulcération de la carotide, qui enleva le malade dans la soirée.

Voici donc un malade dont le sucre, disparu pendant un certain temps, revient sous l'influence de l'opération, qui meurt le 8e jour d'hémorrhagie consécutive.

Ce qui m'arrête chez le malade que je vous ai fait examiner, c'est la crainte de l'hémorrhagie consécutive et la crainte de le voir tomber dans le collapsus, avec abaissement de la température, dans cet état que l'on désigne, peut-être à tort aujourd'hui, sous le nom de choc.

M. Houel. Je n'ai aucune expérience pour décider si les individus, vraiment diabétiques, dont on fait dimiuuer la quantité de sucre sont en état de supporter une grande opération, mais je voudrais insister sur ces faits de diminution rapide du sucre sous l'influence d'un traitement.

J'observe un diabétique dont le sucre, de 68 grammes, a pu descendre, en quelques jours, à o, pour rester à ce chiffre pendant un certain temps. Puis, ce traitement cessant, il remonte à 20, 25 grammes, pour diminuer de nouveau avec le régime dans lequel on supprime principalement le pain très-torréfié.

M. Després. Je fais une grande différence entre les diabétiques gras et les diabétiques maigres, entre les diabétiques âgés et les diabétiques adultes.

J'ai soigné plusieurs diabétiques atteints d'anthrax; qui ont succombé. En revanche, j'ai opéré avec succès 3 diabétiques, l'un à l'hôpital, les deux autres en ville.

Celui de l'hôpital nous apprit, par hasard, qu'il était diabétique ; il avait une fistule à l'anus qui guérit rapidement.

Les deux autres de la ville : l'un avait un phimosis ; le second, des hémorrhoïdes que j'enlevai avec l'écraseur linéaire. Ces trois individus étaient des diabétiques gras, avec 8 à 15 grammes de glycose.

Il faut donc faire une distinction : les diabétiques gras peuvent vivre longtemps sur leur graisse, les maigres meurent.

Si le malade de M. Verneuil n'avait pas à subir une aussi grave opération, je l'opérerais, parce qu'il est gras et fort ; mais enlever un sarcome aussi volumineux, avec la crainte d'une hémorrhagie, je reculerais.

M. Lucas-Championnière. Je ne crois pas que l'on puisse admettre comme constante la distinction que l'on veut établir dans le pronostic entre le diabétique gras et le diabétique maigre ; j'ai vu un diabétique gras de 55 ans enlevé par une angioleucite à la suite d'une incision faite à un cor au pied.

M. Berger. Je rappellerai à M. Verneuil un cas de dénudation de la fémorale survenue à la suite de l'application d'un compresseur de M. Broca pour un anévrysme du creux poplité.

La guérison fut lente, mais elle fut complète. Elle fut obtenue par la formation de caillots fibrineux, et le sucre disparut.

M. Verneuil. Je pense donc que personne ne me conseillera d'opérer.

Je ne crois pas possible d'admettre comme exacte la distinction que veut établir, au sujet du pronostic, M. Desprès, entre les diabétiques gras et les diabétiques maigres.

Je connais un cas de mort survenu à la suite d'une fistule à l'anus chez un diabétique gras ; j'ai vu mourir des diabétiques gras à la suite d'une petite opération telle que l'arrachement d'un cor.

Je vois dans ce moment un malade qui, après avoir été diabétique, est devenu albuminurique ; il va mourir à la suite de l'enlèvement d'un œil de perdrix.

Si l'on est diabétique, il est peut-être favorable d'être gras, mais devant les opérations tous les diabétiques se valent.

Communication écrite.

M. T. Anger donne lecture de l'observation suivante :

Tumeur spongieuse enkystée de l'aîne avec grand kyste de la grande lèvre. — Ablation. — Guérison.

Madame F..., âgée de 46 ans, me fut adressée, le 29 novembre 1877, par un de mes amis de province. Depuis 2 ans elle voyait que la grande lèvre du côté droit grossissait peu à peu, et lui faisait éprouver des douleurs de plus en plus vives, au point de troubler son sommeil ; à la façon dont elle dépeint ses souffrances, à sa constitution sèche, il est facile de juger tout d'abord que c'est une femme nerveuse, irritable, et un peu exagérée.

La grande lèvre du côté droit est distendue par une tumeur pyriforme, résistante, transpareute et franchement fluctuante. La peau qui la recouvre est saine, mais fortement distendue, au point de laisser voir par transparence la teinte verdâtre du liquide contenu. La tumeur occupe non-seulement toute l'étendue de la grande lèvre, mais elle remonte supérieurement jusqu'à l'anneau inguinal externe; elle est divisée en deux parties : l'une inférieure, de la grosseur du poing, plus molle et fluctuante; l'autre supérieure, dure, résistante, et manifestement adhérente à l'épine du pubis. Ces deux parties sont séparées l'une de l'autre par un étranglement bien accusé, et insuffisant pour laisser soupçonner l'indépendance de ces deux parties.

La malade se rappelle parfaitement qu'il y a 15 ans, en 1863, elle heurta violemment le dos d'une chaise, qu'elle ressentit une violente douleur dans l'aine, juste au niveau de l'épine du pubis, et qu'à l'endroit frappé parut peu après une petite dureté du volume d'une noisette qui devint le siége de douleurs assez vives, et resta surtout très-sensible à la pression. Le Dr Brière, qui fut consulté à cette époque, constata que cette petite grosseur, quoique implantée au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, n'était réductible, ni spontanément dans le décubitus dorsal, ni par le taxis; aucun bandage ne fut conseillé ni porté. Pendant de longues années, la tumeur resta stationnaire, mais toujours très-douloureuse et excessivement sensible à la pression.

Il y a 2 ans et demi elle se mit à grossir rapidement, devint le siége de douleurs vives, et vraiment intolérables au dire de la malade.

La marche de cette tumeur, sa forme, son siége, sa transparence, la fluctuation, etc., tous ces signes semblaient devoir se rapporter à une hydrocèle enkystée dans un ancien sac herniaire, avec une masse épiploïque indurée au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Tel fut, en effet, mon diagnostic, et séance tenante je fis une ponction vers la partie inférieure la plus saillante, et évacuai 200 grammes environ d'un liquide clair et séreux comme celui de l'hydrocèle.

Le 6 décembre la malade revint me voir. La tumeur n'avait pas tardé à se reproduire, et la distension de la poche était telle que je crus devoir pratiquer une deuxième ponction qui donna cette fois issue à un liquide sanguinolent.

Après chacune de ces deux ponctions, il me fut facile de constater qu'il existait au sommet de la grande lèvre, et au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, une tumeur dure et solide, assez peu mobile et adhérente à l'épine du pubis. Cette tumeur marronnée ne paraissait envoyer aucun prolongement dans le canal inguinal, et elle était complétement irréductible.

Mon premier diagnostic de vieille hernie épiploïque enkystée avec hydropisie du sac herniaire me parut dès lors moins assurée, et comme la tumeur était, au dire de la malade, très-douloureuse, je crus devoir en proposer l'ablation.

La malade s'y décidait avec peine, et le 7 mars elle me pria de tenter une troisième ponction qui donna issue à 250 grammes d'un liquide

légèrement opalescent. Après l'évacuation je pus constater que la partie dure et solide de la tumeur avait notablement augmenté de volume, et j'insistai pour faire une ablation complète.

L'opération fut exécutée le 18 mai 1878, avec l'aide de mon confrère M. Leroy et de deux de mes élèves.

La malade étant endormie, je fis une incision de la peau allant du canal inguinal à la partie inférieure de la grande lèvre. La peau était tellement amincie au niveau du kyste que je ne pus suffisamment ménager l'enveloppe du kyste pour empêcher l'écoulement du liquide.

Je disséquai la partie supérieure de la tumeur, qui avait des adhérences internes avec les piliers de l'anneau inguinal, et la détachai de haut en bas.

La tumeur complétement extirpée, j'examinai attentivement l'orifice et le trajet inguinal, et je m'assurai qu'il n'existait aucun prolongement de la tumeur dans le canal inguinal. Le seul point d'adhérence intime de la tumeur se trouvait au niveau du pilier interne de l'orifice inguinal, juste à son insertion du pubis. Là les fibres tendineuses étaient à nu et disséquées comme pour une préparation anatomique. Aucun prolongement ne remontait dans le canal.

L'énucléation terminée, je réunis les bords de cette longue incision par huit points de suture entortillée; la partie la plus déclive de la grande lèvre fut seule laissée béante pour donner passage à deux drains qui devaient permettre l'écoulement des liquides exhalés et prévenir toute rétention. Les épingles furent toutes enlevées les 2e et 3e jour. Aucune complication ne vint entraver la guérison qui était complète le 15e jour.

L'examen de la tumeur montre qu'elle est formée de deux parties séparées l'une de l'autre par un léger étranglement : l'inférieure, qui correspondait à la grande lèvre est constituée par un kyste du volume d'une poire, contenant un liquide citrin, clair, non filant, tout à fait analogue à celui de l'hydrocèle. La paroi est épaisse, rouge, et son aspect la rapproche plus des muqueuses que des séreuses. Une coupe mince de cette paroi montre qu'elle est formée antérieurement d'une couche épaisse de tissu fibreux, et antérieurement tapissée d'une couche de cellules pavimenteuses. A son extrémité supérieure, cette poche kystique se termine par une dépression infundibuliforme qui s'enfonce au-dessous de l'autre partie de la tumeur et qui lui est tout à fait contiguë.

Cette seconde tumeur a une texture beaucoup plus compliquée que pour ma part je n'ai jamais vue, et dont j'ai vainement cherché des exemples analogues dans les auteurs. Aussi mérite-t-elle une description minutieuse. Je ne saurais en donner une meilleure idée générale qu'en comparant la texture à celle d'une petite éponge pédiculée et contenue dans un sac qui l'entourait de tous côtés excepté au niveau de son pédicule.

Lorsque j'ai ouvert ce sac, il s'est échappé environ deux cuillerées d'un liquide verdâtre, opaque, comme on en trouve dans les anciens épanchements sanguins. Ce liquide se trouvait interposé entre la poche

kystique antérieure, et le champignon spongieux dont j'ai parlé, et qui constitue la partie originale et principale de cette tumeur. Il était trop tard lorsque j'ai voulu recueillir ce liquide; mais la poche kystique a été examinée; elle se compose de tissu fibreux tapissé intérieurement d'épithélium.

Le champignon spongieux qui s'est développé à l'intérieur de ce sac présente une texture des plus intéressantes. Au niveau de son pédicule, c'est un tissu fibreux, dur, résistant, au milieu duquel on aperçoit çà et là à l'œil nu quelques rares lacunes remplies de sérosité citrine et transparente.

A mesure que ce pédicule s'élève, on voit ses faisceaux se dissocier, puis se rejoindre et s'entre-croiser en formant des trabécules de plus en plus fines, dont les mailles sont remplies de sérosité citrine et transparente. Cette disposition aréolaire et caverneuse est tout à fait comparable à celle d'une éponge.

Aussi à peine avais-je fendu la tumeur par moitié, que tout le liquide contenu dans les aréoles s'est écoulé, et la tumeur, qui était dure et résistante jusque-là, s'est affaissée entre les doigts. Ce fait prouve qu'il ne s'agit point d'une tumeur kystique ordinaire; car en supposant que la coupe médiane eût ouvert un certain nombre de kystes, dont le contenu se serait échappé, la plupart des autres seraient restés pleins. Or, je le répète, à peine la section médiane était-elle commencée, qu'un flot de liquide s'est échappé brusquement, en même temps que la tumeur diminuait des deux tiers, à mon grand étonnement, et de dure et résistante comme un fibrome, devenait instantanément molle et dépressible comme une éponge.

Immédiatement après la section, la disposition aréolaire des trabécules était des plus évidentes; depuis lors, par suite de son séjour prolongé dans l'alcool, les trabécules se sont encore rétractées; mais analysez ce retrait, vous pourrez constater nettement la disposition aréolaire de cette tumeur, surtout sur les deux coupes que je vais vous présenter.

Si maintenant, le microscope à la main, nous pénétrons dans la structure interne de ce tissu caverneux, voici ce que nous constatons.

Le pédicule de la tumeur, qui déjà à l'œil nu présente l'aspect du tissu fibreux, est constitué presque uniquement de faisceaux de fibres parallèles. Çà et là, entre les faisceaux, on observe des amas de cellules polyédriques à gros noyaux.

Quelques grandes lacunes existent déjà dans cette partie de la tumeur; mais les faisceaux de fibres qui limitent ces excavations sont toujours tapissés par une seule couche d'épithélium pavimenteux.

A la périphérie de la tumeur, où la disposition est tout à fait aréolaire, on constate que les trabécules sont encore constituées par des fibres réunies en faisceaux dans les trabécules les plus épaisses, réduites à quelques fibres seulement dans les trabécules les plus minces. Qu'ils soient minces ou épais, les faisceaux sont toujours et constamment revêtus d'une seule couche d'épithélium pavimenteux, polyédrique et à gros noyau rond.

Paris. — Imprimerie Paul Dupont, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) (875, 6-78.) *Le Gérant :* MASSON.

Ainsi, en résumé, la tumeur que je vous présente date de 15 ans. Elle aurait pour point de départ, un coup reçu dans la région de l'aine. Pendant de longues années, son volume est resté stationnaire et réduit à la grosseur de deux poids accolés et très-durs. Mais depuis deux ans la tumeur a augmenté constamment de volume et elle est devenue le siége de douleurs vives, presque intolérables au dire de la malade. L'examen de la tumeur montre qu'elle est composée : 1° d'un grand kyste séreux qui a envahi de haut en bas toute la grande lèvre; 2° d'un petit kyste hématique à l'intérieur duquel a poussé, comme un champignon, une tumeur qui, nettement fibreuse au niveau de son pédicule, devient aréolaire et caverneuse à sa périphérie. Les veines microscopiques démontrent que les aréoles sont formées de faisceaux de tissus fibreux, revêtus d'un épithélium pavimenteux; les cavités aréolaires étaient remplies d'une sérosité citrine qui s'est brusquement échappée au moment de l'incision de la tumeur.

C'est avec ces données, qu'il faut remonter à la pathogénie de cette tumeur ; et ici s'ouvre le champ des hypothèses.

La première idée qu'avait éveillé l'examen de la tumeur, était celle d'une hydropisie d'un ancien sac herniaire avec hernie épiploïque indurée et irréductible. La texture de ce produit morbide ne répond pas à ce diagnostic. En effet, dans cette hypothèse, l'épiploon aurait dû se prolonger dans le trajet inguinal, ce qui n'était pas. En outre, on ne trouve dans la tumeur aucune trace de tissu adipeux, et il faudrait admettre non-seulement que la graisse a disparu, mais que l'épiploon hernié a subi une transformation aréolaire et caverneuse. Or, je ne sache pas qu'on ait jamais rien signalé de semblable dans les anciennes hernies.

On trouve dans cette région un autre organe, le ligament rond, et comme dépendance le canal de Nück. Peut-on les considérer comme le point de départ de cette tumeur ? Je ne le pense pas. D'abord le ligament rond se termine dans le trajet inguinal; il n'émerge pas de l'orifice externe. S'il eût donné naissance à ces tumeurs, celles-ci auraient remonté dans le canal, ce qui n'était pas.

Quant au canal de Nück, son existence, comme l'a établi M. Duplay dans sa thèse sur *les collections liquides du pli de l'aine*, est problématique. Puis, si les vertiges de la séreuse péritonéale ont donné naissance à des kystes, ceux-ci étaient uniloculaires. Le tissu fibro-aréolaire dont je viens de donner la description s'éloigne trop des kystes simples pour autoriser cette interprétation, qui dans tout les cas resterait bien douteuse.

Dans toutes les hypothèses que je viens d'exposer, le principal argument en leur faveur est la présence de l'épithélium pavimenteux à la surface des tubercules. Mais je me hâte d'ajouter que, quoique se rapprochant beaucoup de l'épithélium pavimenteux, les cellules qui recouvrent les faisceaux fibreux, n'ont pas la régularité de forme polyédrique des cellules qui revêtent la surface péritonéale.

Il ne faudrait donc pas attacher à cette expression d'épithélium pavimenteux une importance capitale, d'autant plus que l'on voit souvent

des cellules petites et arrondies comme celles des ganglions lymphatiques, prendre, sous certaines influences pathologiques, les formes pavimenteuses que l'on constate dans la tumeur en question. Ce rapprochement me conduit naturellement à examiner l'hypothèse d'une tumeur kystique ganglionnaire.

De nombreux ganglions lympathiques existent dans la région de l'aine. Il serait possible qu'un de ces ganglions eût été écrasé par le coup violent que s'est donné cette femme, et qu'il fût le point de départ réel de la pièce que nous examinons. Je dois dire de suite que cette opinion est celle de M. Robin, auquel j'ai montré la pièce et ses préparations microscopiques. Ce savant maître pense que sous l'influence d'une contusion, l'un des ganglions inguinaux s'est enkysté, puisque le tissu est devenu fibreux, en même temps que l'épithélium nucléaire s'est peu à peu transformé en épithélium pavimenteux. La transformation fibreuse de la trame du ganglion d'une part, de l'autre, la transformation pavimenteuse des éléments nucléaires auraient donné naissance à ce tissu aréolaire dont chaque trabécule est revêtu d'une seule couche d'épithélium.

M. Robin, d'ailleurs, aurait déjà observé une tumeur analogue, enlevée par Nélaton, sur un charretier qui aurait longtemps auparavant reçu un violent coup au niveau de la région cervicale. La tumeur lui avait été apportée par M. Lorain, mais l'observation n'en aurait pas été publiée.

M. Cornil, mon collègue de l'hôpital Lourcine, dont j'ai également pris l'avis, a émis une autre supposition. Quoi qu'il n'ait jamais observé de tumeur semblable, il pense que c'est une tumeur fibreuse, dont les faisceaux écartés et dissociés par l'hypergenèse des cellules plasmatiques, ont formé les aréoles de la tumeur. Les travées ainsi isolées se seraient recouvertes d'une seule couche d'épithélium pavimenteux, lequel se serait chargé de sécréter la sérosité citrine répandue dans les interstices des travées. Malgré toute l'estime que j'ai pour la compétence de M. Cornil, en ces matières, j'avoue que sa supposition ne me paraît pas vraisemblable. Mieux vaut s'en tenir aux faits nettement constatés, et attendre que de nouvelles observations permettent d'élucider ce point de pathogénie. Or, le fait évident qui se dégage de l'examen de cette tumeur, c'est l'existence au niveau de l'aine de collections liquides contenant à leur intérieur une sorte de tissu spongieux dont les travées sont formées de faisceaux fibreux couverts d'épithélium pavimenteux; les interstices de ces travées étant remplies d'une sérosité citrine qui les distend au point de faire prendre la tumeur pour une tumeur dure et solide.

Présentation de malades.

M. Nicaise présente, au nom de M. le docteur Ch. Brigham, de San-Francisco, un malade auquel ont été pratiquées la resection totale de l'omoplate, et celle de la tête de l'humérus.

L'examen de ce malade est renvoyé à une commission composée de MM. Delens, Farabeuf et Nicaise.

Lectures.

M. Boucheron donne lecture d'un travail intitulé : *Des adhérences des muscles droits de l'œil avec la capsule de Ténon. Nouveau procédé de strabotomie.*

(*Commision :* MM. Périer, Berger, Trélat.)

La séance est levée à 5 h. 25 m.

Le Secrétaire,
Horteloup.

Séance du 24 juillet 1878,

Présidence de M. Tarnier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine.

2° Le *Bulletin général de thérapeuthique.*

3° Les *Archives de médecine navale.*

4° La *Gazette médicale de Bordeaux*, le *Bordeaux médical*, la *Revue médicale de l'Est*, la *Revue médicale de Toulouse,* le *Lyon médical.*

5° *Centralblatt für Chirurgie*, la *Gazette médicale Italienne-Lombarde, the British medical Journal.*

6° Une note imprimée du Dr Cecchereell de Florence sur les *incurvations rachitiques des os et leur traitement.*

7° Une brochure du Dr Abeille, intitulée : *Fibromes intertitiels de l'utérus. De leur guérison au moyen de l'hystérotomie ignée par les voies naturelles.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre du Dr Briau, bibliothécaire de l'Académie de médecine, demandant à faire compléter la collection des *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie.*

2° Une lettre du Directeur de l'administration générale de l'Assistance publique adressant à la Société l'*Index bibliographique des ouvrages, mémoires et publications diverses de MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris.*

Rapport.

M. Le Dentu lit le rapport suivant, sur le travail de M. Chalot, chef de clinique chirurgicale à Montpellier, intitulé : *Observation de trépanation, accompagnée de considérations sur le rôle des pieds des circonvolutions frontales, au point de vue des phénomènes moteurs.*

Messieurs,

Je suis chargé de vous rendre compte d'un travail envoyé à la Société de chirurgie par M. Chalot, chef de clinique chirurgicale à la faculté de Montpellier. Ce travail est intitulé :

Plaie contuse du pariétal droit par un coup de pioche. Trépanation. Pas d'esquilles de la lame vitrée. Pas de convulsions ni de paralysies croisées, à la suite du ramollissement inflammatoire limité au pied des deux premières circonvolutions frontales droites.

Je vais résumer en quelques mots l'observation dont le titre précédent indique les principales particularités.

Un militaire de 25 ans reçoit un coup de pioche, et se présente à la clinique de M. Dubreuil avec une plaie contuse non accompagnée de fracture de la table externe du pariétal. Cette dernière est seulement un peu dénudée.

Pendant neuf jours tout va bien. Au dixième jour, se déclare un frisson intense suivi de céphalalgie après un quart d'heure de durée. Le facies est animé. Il y a 39°,8 dans l'aisselle.

M. Dubreuil, en l'absence des signes d'une complication extérieure quelconque, songe à la possibilité d'un éclatement de la table interne, et applique une couronne de trépan au milieu de la plaie. La rondelle osseuse bascule pendant son ablation, et alors on voit se produire du côté droit, c'est-à-dire *du même côté que la plaie*, une contraction tonique avec flexion du bras et de la jambe. La face reste immobile, mais le malade qui parlait alors, s'arrête brusquement.

L'opérateur ne rencontrant pas d'esquilles, passe outre et fend la dure-mère. Trouvant les circonvolutions intactes, il ne va pas plus loin.

Trois heures après l'opération, frissons d'une heure avec claquement de dents. Les signes d'une méningo-encéphalite se déclarent, et le malade succombe au bout de cinq jours.

L'autopsie révèle les lésions de la méningite, au niveau des trois circonvolutions frontales droites à partir de la fissure qui les sépare de la frontale ascendante. En regard de cette dernière et de la pariétale ascendante, *les méninges étaient absolument intactes*,

circonstance qui rapprochée de l'absence de tout phénomène paralytique a une réelle importance.

La couronne de trépan est tombée sur le tiers externe ou inférieur du pied de la première frontale droite, et sur la première moitié interne ou supérieure du pied de la deuxième frontale. Dans ces points, la destruction de la substance grise par ramollissement inflammatoire montre à nu la substance blanche. La frontale ascendante ne présente aucune altération.

L'auteur, rapprochant de ce fait plusieurs observations empruntées à Hughlings Jackson, en tire cette conclusion, que les lésions des pieds des deux premières frontales ne donnent lieu ni à des convulsions, ni à des paralysies croisées.

Cette conclusion me paraît fondée en ce qui touche les quelques cas relatés par l'auteur ; mais j'aurais voulu le voir porter un peu plus de réserve dans la généralisation trop hâtive qu'il a cru pouvoir formuler. En tous cas, il y a à noter que chez le malade de M. Dubreuil, l'intégrité des circonvolutions frontale et pariétale accendantes droites marchait de pair avec l'absence de toute paralysie.

Quant à la trépanation en tant qu'opération, que dire d'elle, sinon qu'en dépit des assertions de M. Sédillot, de simples probabilités d'enfoncement de la table interne ou de début de méningite ne constituent point des indications suffisantes ?

Le premier frisson, la fièvre ont conduit M. Dubreuil à la pensée qu'il se trouvait en présence d'une complication cérébrale à combattre au plus vite. A supposer qu'il eût raison (ce qui est possible, puisqu'aucune maladie n'est apparue chez le sujet, soit aux environs de la plaie, à l'extérieur, soit dans un autre point), l'opérateur n'a rencontré aucune lésion ni dans les os, ni dans les méninges, ni à la surface du cerveau. Son opération a donc été tout au moins inutile.

Les adversaires passionnés de la trépanation verront peut-être dans ce fait une occasion de triompher à leur aise ; mais quant à ceux qui n'admettent l'intervention qu'alors que les indications sont précises, ou que les accidents à combattre comportent à peu près autant de risques que l'opération elle-même, cette observation ne peut que les confirmer dans les réserves que leur a imposées une étude approfondie de la question.

Je propose :

1° Des remerciements à M. Chalot.

2° Le dépôt du travail de M. Chalot aux archives.

Discussion.

M Tillaux. J'approuve complétement les remarques que

M. Le Dentu a faites au sujet du travail de M. Chalot. Il n'y avait aucune indication pour appliquer le trépan et les opérations dans des cas semblables, ne peuvent que compromettre la trépanation.

Chez ce malade surviennent au 8e jour des frissons qui ne peuvent en aucune façon faire supposer un abcès et on ne pouvait rien espérer.

Je ne suis pas adversaire absolu du trépan, mais il faut, pour l'appliquer, avoir des raisons qui permettent de penser soit à une esquille, soit à un abcès, mais là, on ne pouvait rien supposer de semblable. De plus, nous savons tous que l'application du trépan est tout à fait nuisible lorsqu'il y a une méningite.

M. Lucas-Championnière. Je partage tout à fait les opinions soutenues par mes deux collègues. Dans ce cas l'application du trépan ne pouvait qu'être nuisible.

M. Le Dentu. Je crois qu'il était peut être indiqué de faire une application du trépan, mais lorsque le chirurgien eût trouvé la dure-mère intacte, il aurait fallu s'arrêter et ne pas aller plus loin.

Les conclusions du rapporteur sont mises aux voix et adoptées.

Lectures.

I.

M. Larger donne lecture d'un travail intitulé : *Des causes de la déformation du moignon à la suite des amputations du pied en général.*

(*Commission :* MM. Desprès, Gillette et Farabeuf, rapporteur.)

II.

M. Galezowski, donne lecture d'un travail intitulé : *Traitement de l'ophthalmie granuleuse par l'excision du cul-de-sac conjonctival.*

(*Commissaires :* MM. Giraud-Teulon, Panas, Terrier.)

Présentation d'instrument.

M. Zsigmondi, chirurgien de l'hôpital royal et impérial de Vienne, présente une série d'atelles fabriquées en flanelle et en plâtre.

(*Commission :* MM. Desprès, Sée et Tillaux.)

Présentation de pièce.

M. Le Dentu présente un calcul vésical ayant pour point de départ une épingle à cheveux qui est restée cinq mois dans la vessie d'une

jeune fille. La malade donnait tous les renseignements, il n'y avait donc pas de recherches difficiles. Je fis la dilatation de l'urèthre qui me paraissait possible. Après avoir endormi la malade, je me servis d'un dilatateur à trois branches, puis je fis un petit débridement à droite et à gauche, et je pus avec une certaine précaution y faire parvenir mon index qui a 6 centimètres de circonférence.

Le calcul se présentait par la pointe de l'aiguille ; je le déplaçai et je l'amenai à la partie supérieure de la vessie. Je pus, avec l'ongle, saisir une des branches de l'épingle et ensuite introduire une pince et je pus extraire ce calcul, qui présentait la forme suivante. Les deux branches dépassaient le calcul de 2 centimètres, et le calcul allongé avait 5 centimètres 1/2 dans sa partie la plus évasée et 5 centimètres de long.

J'aurais voulu suivre cette malade et savoir s'il y aurait de l'incontinence d'urine, mais cette femme n'est restée que cinq jours et elle est partie parce qu'elle ne souffrait plus.

Il n'y a pas eu du tout d'inflammation de la vessie, on ne peut donc pas admettre un gonflement du col ayant empêché l'incontinence même de se produire.

La séance est levée à 5 h. 18 m.

Le Secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 31 juillet 1878.

Présidence de M. F. GUYON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

La *Gazette hebdomadaire*, le *Progrès médical*, la *Gazette médicale de Paris*, la *Gazette des hôpitaux*, la *France médicale*, le *Mouvement médical*, l'*Abeille médicale*, la *Tribune médicale*, l'*Union médicale*, le *Paris médical*.

Le *Bordeaux médical*, *Montpellier médical*, le *Sud médical*, le *Marseille médical*, la *Gazette médicale de Bordeaux*, *Lyon médical*,

Le *British medical*, la *Gazzetta medica italiana*, la *Gaceta de sanidad militar*, de Madrid.

Une brochure intitulée : *Vortrag uber eine neue Modification der Gypsverbandes*, par Adolphe Zsigmondy.

Une brochure intitulée : *Sobre o glaucoma e seu tratamento*, par Gregorio Rodrigues Fernandes.

M. Polaillon présente de la part de l'auteur un volume intitulé : *Traité élémentaire de chirurgie gynécologique*, par le Dr Leblond.

M. Lucas-Championnière donne lecture de l'observation suivante, envoyée par M. Baudon, membre correspondant.

Blessure de l'artère mammaire interne, épanchement considérable dans la cavité pleurale gauche. — Résorption rapide de l'épanchement. — Guérison.

M..., âgé de 23 ans, étant ivre et à la suite d'une querelle de ménage, se frappe d'un coup de couteau dans le côté gauche du thorax.

Au moment où je le vois, l'hémorrhagie externe est arrêtée, le blessé est exsangue, quoique la perte de sang visible ne soit pas considérable.

La plaie siége au côté gauche du sternum, à un centimètre de son bord, entre la quatrième et la cinquième côte, sur le trajet de la mammaire interne.

A l'examen du thorax, je trouve dans tout le côté gauche une matité absolue, une grande diminution du bruit respiratoire ; la pointe du cœur bat à droite du sternum.

Le côté gauche présente à la mensuration trois centimètres de plus que le côté droit.

Pas de traces de l'ecchymose lombaire signalée par Valentin.

Je diagnostique une plaie de la mammaire interne, avec épanchement de sang dans la plèvre gauche.

La position de la plaie, son peu de profondeur pouvaient un instant me laisser quelque doute sur le siége de l'épanchement, qui aurait pu se faire aussi bien dans le médiastin antérieur, mais le déplacement du cœur porté à droite, la matité étendue à tout le côté gauche, me déterminèrent à penser que l'épanchement avait bien pour siége la cavité pleurale gauche.

Le malade était exsangue, couvert d'une sueur froide, insensible à toute interpellation. Le pouls était misérable, filiforme, il était urgent de rappeler le blessé à la vie et d'empêcher que les mouvements du thorax ne renouvelassent l'hémorrhagie, qui était arrêtée.

Je fis essuyer le blessé inondé de sueur, je le fis frotter jusqu'au retour de la chaleur, je fermai la plaie du thorax et je l'immobilisai au moyen d'un bandage de corps.

Comme l'oppression était extrême, j'appliquai 12 ventouses sèches sur le côté gauche de la poitrine, application que je renouvelai les jours suivants.

Chaque jour, le malade reprenait un peu de force, mais l'anémie était profonde et l'oppression si grande que je craignais une mort subite.

La matité était toujours absolue et le murmure vésiculaire presque nul.

Après un mois l'épanchement avait à peine diminué, l'oppression était toujours très-prononcée, et le blessé, ouvrier besoigneux, chargé de famille, me pressait de le débarrasser par une opération, car je lui avais dit qu'elle était possible.

L'épanchement datait de six semaines et j'espérais que le sang serait assez liquéfié par les sécrétions de la plèvre, lorsque j'entrepris de faire une ponction.

Celle-ci fut faite avec mon appareil destiné à vider des cavités closes sans pénétration d'air [1]. Prévoyant que le sang aurait quelque peine à sortir, j'employai un gros trocart et je me proposais d'augmenter la fluidité du sang par des injections d'eau tiède.

Rien ne sortit par la ponction, bien que je me fusse assuré de la pénétration du trocart et qu'avec un stylet j'eusse à plusieurs reprises débouché la canule.

J'étais forcé de retirer mon trocart, sans avoir fait sortir la plus petite quantité de sang; je trouvai seulement à l'extrémité de la canule, une petite quantité de sang coagulé, poisseux, qui me prouva que j'étais bien dans la cavité de la plèvre.

J'abandonnai donc la résorption aux soins de la nature, en l'aidant de révulsifs, de vésicatoires, etc.

Peu à peu l'épanchement diminua, l'oppression disparut de jour en jour, et deux mois après la ponction, c'est-à-dire, trois mois et demi après la blessure, le malade put reprendre son travail.

Le pourtour du côté gauche du thorax qui avait après l'épanchement 3 centimètres de plus que le côté droit, avait maintenant un centimètre en moins. La percussion faisait reconnaître une sonorité presque égale à celle du côté opposé et le murmure vésiculaire se faisait entendre dans toute l'étendue de ce côté du thorax.

Le malade que j'ai revu longtemps après, a donc pu guérir complétement sans opération.

J'ai pensé que cette observation, que j'ai recueillie en 1871, pourrait répondre à la question faite par M. Sée dans la séance du 29 mai dernier, c'est-à-dire, qu'on peut s'abstenir de la ponction et espérer malgré cela une guérison à peu près complète.

J'ajouterai, pour compléter l'histoire de ce malade, qu'il ne voulait pas se tuer, mais seulement effrayer sa famille, en lui montrant qu'il était homme à se donner un coup de couteau. *Comediante ! tragediante !!!*

M. Desprès. Je ferai observer que l'observation qui vient de nous être communiquée, ne peut nullement être mise en parallèle avec les faits dont la Société s'est occupée à l'occasion du fait publié par M. Polaillon. La plaie était fermée, elle ne donne lieu à aucune considération se rapprochant de plaies ouvertes ou béantes dont on a parlé.

[1] Voir *Journal méd. prat.*, nov. 1869, art. 7894.

M. Lucas-Championnière. Sans vouloir répondre au nom de M. Baudon, je dirai qu'un de nos collègues, M. Sée, avait demandé quelle était la conduite à suivre lorsqu'on se trouvait en présence d'un vaste épanchement pleurétique consécutif à une plaie de poitrine. C'est pour tâcher de répondre à cette question que M. Baudon a envoyé cette observation.

Rapport.

M. Trélat. J'ai été chargé au nom d'une commission composée de MM. Périer, Berger et Trélat, de vous rendre compte d'un travail de M. Boucheron, ancien interne des hôpitaux, qui est intitulé: *Des adhérences des muscles droits avec la capsule de Ténon.*

Nous connaissons, tous, les adhérences des muscles moteurs de l'œil avec la capsule de Ténon, mais nous les connaissons un peu vaguement et nous ignorons les détails anatomiques. M. Boucheron a été guidé dans ces recherches par des circonstances de médecine opératoire, qui lui ont permis de constater que les adhérences des muscles n'étaient pas disposées comme on le disait dans les livres, et ses recherches l'ont conduit à proposer une modification opératoire de la strabotomie.

Si nous voulons nous figurer un muscle droit de l'œil, nous disons que ce muscle est entouré par la capsule, dans une certaine étendue d'où part un prolongement doublant la conjonctive. M. Boucheron a trouvé que cette disposition de la capsule ne formait pas une simple gaîne; il constate d'abord qu'entre le muscle et la sclérotique, il existe une petite cavité séreuse sous-musculaire, que l'on peut facilement reconnaître en soulevant le muscle. Sur la partie superficielle du muscle se trouvent des adhérences qui forment un empâtement assez solide; sur les bords latéraux du muscle il existe des adhérences aponévrotiques qui se rattachent à la partie de la capsule antérieure et s'étendent jusqu'aux muscles droits voisins. Voici quels sont les résultats opératoires de ces recherches. Lorsqu'on sectionne un muscle à son insertion à la sclérotique, on obtient une rétraction qui ne peut être que très-minime, car, n'ayant pas séparé les insertions des bords latéraux, le muscle ne peut se rétracter que très-incomplétement. Pour parer à cet inconvénient, Liebreicht avait proposé de sectionner tout le tissu sous-conjonctival; M. Boucheron propose de faire une incision plus grande que celle que l'on fait dans l'opération ordinaire, de disséquer la conjonctive dans une certaine étendue, puis de saisir le muscle et de l'inciser. Si la rétraction obtenue n'est pas suffisante, on détruit, avec des ciseaux, les adhérences super-

ficielles externes du muscle, et si cela ne suffit pas encore, on coupe les adhérences des bords supérieurs et inférieurs. On obtient ainsi un muscle parfaitement séparé de la sclérotique et libre de ses adhérences avec la capsule de Ténon. J'ai fait faire deux fois cette opération par M. Boucheron ; les différents temps ne l'allongent pas et l'effet est excellent.

Il s'agissait d'une fillette qui, à la suite d'une plaie de l'œil, avait eu un strabisme par défaut d'usage du muscle. Je lui fis moi-même deux tentatives de strabotomie sans bénéfice. En deux séances, M. Boucheron obtint un véritable succès.

Discussion.

M. Tillaux. J'avais cru comprendre, en entendant la lecture de M. Boucheron, que le point nouveau sur lequel on voulait appeler l'attention, consistait dans la non existence des adhérences de la capsule de Ténon avec la face externe des muscles droits.

M. Trélat. Je me suis fait expliquer à plusieurs reprises, par M. Boucheron, la disposition anatomique qu'il voulait décrire, et je puis affirmer que M. Boucheron a décrit une cavité séreuse entre le tendon et la sclérotique et ensuite a décrit des adhérences existant entre la surface extérieure et les bords latéraux.

M. Giraud-Teulon. Les adhérences des bords latéraux ne sont pas, je crois, constantes, aussi est-il nécessaire de faire la libération du muscle petit à petit. Il faut convenir que ce temps de l'opération est fait un peu à l'aveuglette et la modification de M. Boucheron aurait pour résultat de donner plus de précision.

Dans la pratique, il est impossible de pouvoir affirmer l'effet immédiat que l'on obtiendra à la suite de la strabotomie, aussi est-il nécessaire de faire plusieurs séances, et je ne vois pas qu'il en soit bien autrement dans le procédé de M. Boucheron, puisqu'il a été obligé de faire une seconde opération sur la malade de M. Trélat. Lorsque Liebreicht voulut obtenir en une fois un résultat définitif, il tomba dans les inconvénients du procédé ancien, et, le muscle allant adhérer trop loin, il obtenait une inclinaison de l'axe de l'œil ; or, je crois que l'opération proposée par M. Boucheron aura l'inconvénient de l'opération de Liebreicht ; aussi, je ne vois pas la nécessité de changer notre procédé, d'autant plus que nous arrivons en tâtonnant au résultat proposé par M. Boucheron.

M. Trélat. Je sais comme M. Giraud-Teulon que nous faisons tout ce que nous conseille M. Boucheron, mais nous le faisons au hasard et sans réflexion ; l'avantage de la modification proposée est de poser des règles fixes et précises, pour un temps non réglé

de l'opération de la strabotomie. Lorsque Liebreicht proposa son opération, il opérait trop largement et il obtenait, en effet, une protusion de l'œil, et il enlevait les moyens de contention de l'œil.

Je crois, en résumé, que la modification proposée par M. Boucheron est bonne et pratique, et je vous propose les conclusions suivantes :

1° De déposer le mémoire de M. Boucheron dans nos archives ;

2° D'adresser des remerciements à l'auteur.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

Lectures.

M. Vibert, chirurgien de l'hôpital du Puy, donne lecture d'un mémoire sur un nouveau procédé d'opération de la cataracte. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Trélat, Terrier et Giraud-Teulon.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
Horteloup.

Séance du 7 août 1878.

Présidence de M. F. Guyon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine ;

2° Les *Archives générales de médecine ;*

3° La *Gazette médicale de Strasbourg*, le *Journal de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne*, l'*Union médicale et scientifique du Nord-Est*, le *Lyon médical*, le *Bordeaux médical*, le *Bulletin médical du Nord*, l'*Année médicale*, journal de la Société de médecine de Caen et du Calvados ;

4° Les *Mémoires couronnés de l'Académie Royale de médecine*, le *Bulletin de l'Académie Royale de médecine de Belgique*, *The Bristish medical Journal*, la *Gazette médicale Italienne-Lombarde*, *Centralblatt für Chirurgie*, le *Journal International des sciences médicales de Naples ;*

5° *Des causes de la mort prompte après les traumatismes accidentels et chirurgieaux*, par M. le Dr François-Eugène Vincent.

M. le Dr Viard, de Montbard, membre correspondant, envoie à la Société l'observation suivante intitulée : *Fracture des deux os de la jambe au tiers moyen, chez un enfant de six ans ; non consolidation de la fracture ; fausse articulation.*

M. Viard demande à la Société de vouloir bien lui donner son avis.

Le grand-père et la grand'mère du côté paternel sont morts tous les deux des suites de maladies de l'estomac : gastrite chronique, gastralgie, dyspepsie ; l'enfant lui-même a une constitution éminemment lymphatique ; toutes ses dents sont noires et un grand nombre sont cariées.

Déjà avant l'accident qui a causé la fracture, l'enfant était atteint de claudication du même côté : le bassin n'a subi aucune déformation et son développement est normal ; l'articulation coxo-fémorale paraît saine, il en est de même des articulations du bassin. Le membre inférieur gauche est moins volumineux que le droit.

Le bassin a basculé un peu sur son axe antéro-postérieur de manière que la portion gauche est légèrement plus élevée que la droite ; dans ces conditions la claudication paraît causée par une espèce de faiblesse, de relâchement des ligaments lombo-sacrés, et des muscles du bassin et de la cuisse.

Plusieurs traitements sont commencés : bains sulfureux, hydrothérapie, etc., mais abandonnés par les parents.

Le 20 août 1877, l'enfant, en descendant des escaliers, se prend le pied dans la rampe, tombe et se fracture les deux os de la jambe ; j'applique sur le membre un appareil de Scultet ordinaire et, pendant un mois, les phases de la consolidation paraissent s'opérer très-simplement ; au bout de ce temps, j'enlève l'appareil et je constate que le cal est à peu près solide, mais au bout de deux jours, le commencement de réparation est détruit et les fragments sont redevenus mobiles les uns sur les autres. J'applique alors un appareil inamovible au silicate de potasse ; après 30 jours je l'enlève et les choses se passent de la même façon : apparence de consolidation, mais mobilité de la fracture au bout de deux jours, enfin nouvel appareil au silicate de potasse que j'ai l'intention de laisser en place beaucoup plus longtemps, mais les parents manifestent une telle impatience mêlée d'inquiétude sur l'état de la jambe que, au bout d'un mois encore je l'enlève et je trouve toujours les parties dans le même état : apparence de consolidation de la fracture, mais destruction du cal ou plutôt ramollissement de la matière osseuse sécrétée et devant constituer le cal ; en effet, à chaque fois que l'appareil a été enlevé,

j'ai constaté qu'il existait au niveau du foyer de la fracture une tuméfaction, un empâtement pareil à celui qu'on trouve dans les fractures qui se consolident mais sensiblement moins saillant. J'ajoute que depuis deux mois l'enfant prend de la solution de chlorhydro-phosphate de chaux, de l'huile de foie de morue et une nourriture très-réparatrice, enfin qu'on l'expose le plus possible au grand air et au soleil.

Dans ces conditions, je propose de nouveau l'application, pendant cinq ou six mois, d'un appareil inamovible et la continuation du phosphate de chaux, de l'huile de foie de morue, etc., etc.

Comme il existe, évidemment, chez notre jeune blessé, un arrêt de développement avec paralysie des nerfs vaso-moteurs qui empêche la sécrétion osseuse et arrête ou retarde la solidification de la matière sécrétée, j'espère avec une immobilité prolongée et l'aide d'une médication et d'une hygiène suffisamment réparatrice, obtenir un résultat plus heureux.

D'ailleurs, l'enfant étant bien portant, on ne court aucun risque à faire cette nouvelle tentative, et rien ne presse de faire une autre intervention chirurgicale ; c'est-à-dire *la suture osseuse*. Mais Mme H..., la mère de l'enfant, devant aller à Paris passer quelques jours chez ses parents, je lui conseille d'emmener son enfant et de consulter un chirurgien, ce qui a été accepté.

Comme je viens de le dire, la resection des surfaces osseuses non soudées avec suture métallique s'est présentée à mon esprit, et j'en ai parlé aux parents, mais dans ce moment elle me parut prématurée pour plusieurs raisons :

1° Il n'est pas prouvé qu'au bout de six mois d'application d'un appareil inamovible, aidé des moyens accessoires comme : phosphate de chaux et autres toniques, la solidification de la matière osseuse sécrétée ne se serait pas effectuée ; dans tous les cas c'était à tenter.

2° La resection des fragments osseux avec suture métallique, surtout sur un membre qui a deux os, est toujours une opération grave que je ne saurais admettre que comme *ultima ratio*, c'est du reste, l'opinion de A. Bérard et de Nélaton, et qui ne doit être pratiquée que lorsque tous les autres moyens ont échoué et dans le cas particulier lorsque la constitution du petit malade aurait été suffisamment tonifiée.

3° Après six mois de tentatives pour amener la consolidation, les conditions du blessé, en cas d'échec, restaient *au moins* aussi bonnes qu'avant pour pratiquer l'opération.

4° Qui peut dire même que la douleur, l'ébranlement nerveux, etc., produits par l'opération faite trop prématurément ne contribuent pas pour une part à l'arrêt de développement et ne sont pas une

cause de l'insuccès? Pour mon compte, je pense que si en chirurgie il y a des cas où l'on doit patienter et savoir attendre, celui-ci en est un.

Quoi qu'il en soit M. le Dr Anger consulté est d'une opinion contraire et juge que l'opération est urgente puisqu'il la pratique presque immédiatement.

La resection des surfaces osseuses avec suture métallique a donc lieu dans les premiers jours de décembre 1877 et le 1er juillet 1878, après 7 mois de traitement, la consolidation n'est pas plus avancée que le premier jour; du reste 55 jours après l'opération, M. le Dr Anger a trouvé, comme moi, lorsque j'enlevais les appareils, une apparence de consolidation, qui était détruite quelque temps après; je joins ici la lettre que M. Anger a bien voulu m'écrire et où il constate lui-même un commencement de travail de réparation qui a disparu et qu'il n'a plus retrouvé six mois après.

Actuellement la question qui se présente est celle-ci : Que faire? quels moyens employer pour amener la sécrétion osseuse et la consolidation du cal?

Dans ce cas l'arrêt de développement est manifeste, sous l'influence d'un vice de la constitution et de la paralysie des nerfs vaso-moteurs, il ne se fait pas à l'extrémité des fragments de sécrétion osseuse *active;* si les surfaces fracturées sécrètent encore une faible quantité de substance osseuse, cette substance est *passive*, ne se solidifie pas, finit par être résorbée et la consolidation n'a pas lieu. C'est ainsi que quatre fois de suite M. le Dr Anger et moi nous avons constaté un *commencement* de réparation et qu'au bout de 2 jours (3 fois), et de 5 à 6 mois (1 fois) il ne restait plus rien.

Partant de cette idée que la non consolidation de la fracture a pour cause un arrêt de développement et la paralysie des nerfs vaso-moteurs; il est clair que toute tentative de suture osseuse faite prématurément, c'est-à-dire avant que la nutrition soit redevenue normale dans le tissu osseux, doit fatalement échouer; en effet, les éléments nécessaires à la solidification de la matière sécrétée manquant au moment de l'opération, ce n'est pas cette dernière qui comblera la lacune.

En principe, je partage donc entièrement l'opinion de M. Anger: employer l'électricité continue et induite, les frictions, les massages, les injections locales de teinture d'iode, puis enfin une deuxième suture métallique; mais je m'en éloigne quant à l'application de ces divers moyens et surtout quant au moment opportun de les employer.

Il faut donc, suivant moi, modifier avant tout la constitution de

l'enfant par tous les moyens qui sont en notre pouvoir ; faire en quelque sorte de l'élevage : courants continus pour exciter la nutrition, courants induits pour stimuler les nerfs vaso-moteurs ; frictions, massages, etc., voilà pour les moyens locaux ; hydrothérapie, bains de sang frais et de marc de raisin en fermentation ; bains d'eau de mer, phosphate de chaux, viande crue et cuite, etc., etc., voilà pour les moyens généraux. Continuer très-longtemps ces moyens en les variant, 1 an, 18 mois et même 2 ans s'il est nécessaire et ne tenter le séton, les injections de teinture d'iode dans le foyer de la fracture, l'introduction d'aiguilles, et, en dernier lieu, la resection et la suture métallique que lorsqu'on aura obtenu une modification avantageuse de la constitution. On ne sera certainement pas encore sûr de réussir, mais au moins on n'aura négligé aucun moyen d'assurer le succès.

Il faut bien s'avouer que toute nouvelle tentative faite aujourd'hui et qui échouerait encore, suivant mon opinion, nous éloignerait du but et diminuerait les chances de guérison pour l'avenir.

Je serai extrêmement heureux de connaître, dans ce cas intéressant à plus d'un titre, l'opinion des membres de la Société de chirurgie ; l'opinion d'une compagnie déjà illustrée par des savants de premier ordre et dont j'ai l'honneur d'être membre correspondant, me guidera dans le traitement à faire à mon jeune blessé, et sera pour moi une décision en dernier ressort.

Discussion.

M. Desprès. J'ai observé deux faits qui me permettent de pouvoir répondre à la question de notre collègue.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un malade dont la fracture des deux os de la jambe, datait de 3 mois ; il avait été traité avec des appareils inamovibles par un ancien interne des hôpitaux, M. le Dr Gellé, qui fut étonné de ne pas voir de consolidation après 3 mois, malgré un traitement bien fait.

C'était la première fois que j'observais une non consolidation d'une fracture d'un membre ayant deux os, je n'en avais rencontré qu'à l'humérus ou au fémur. N'étant pas partisan de la suture des os lorsqu'il n'y a pas de plaie, je conseillai de continuer l'immobilisation avec des appareils que l'on renouvellerait tous les mois. Le traitement dura 11 mois, mais la guérison fut complète.

Le second malade était dans mon service, aussi voyant qu'au deuxième mois, la consolidation n'était pas commencée, j'employai de suite les appareils inamovibles qui, en 11 mois 1/2, amenèrent la consolidation.

Me basant sur ces résultats, je crois que notre collègue fera bien de placer, comme il le pense, son malade dans des appareils

inamovibles. Chez son malade, la fracture ne datant que d'un an lorsqu'on fit la suture des os, qui a dû avoir pour résultat de produire la nécrose de quelques points osseux et de retarder le travail de consolidation qui était sur le point de se faire. Il y a donc eu du temps de perdu qu'il faut ajouter au temps que demande, en général, un traitement de ce genre.

Les pseudarthroses sont rares chez les enfants, et je crois qu'il y a eu plutôt retard dans la consolidation, qu'un véritable exemple de non consolidation.

M. Terrier. Je ferai remarquer que l'enfant, qui fait le sujet de cette observation, boitait depuis longtemps, que le membre était atrophié ; il y avait donc là un trouble de nutrition qui suffit pour expliquer la non consolidation. Je suis disposé à faire jouer à cette circonstance un rôle beaucoup plus important qu'aux causes considérées comme produisant ordinairement cet accident Aussi je ne suis pas partisan d'une nouvelle opération et je réappliquerais des appareils inamovibles, mais je n'affirmerais pas la consolidation.

M. Duplay. J'avais été frappé, comme M. Terrier, de l'état antérieur du membre, qui doit faire complétement réserver le pronostic, car je crains bien que la consolidation ne puisse pas être obtenue et que l'on soit obligé de se servir d'un appareil prothétique. De plus, le siége un peu élevé de la fracture rend déjà chez les enfants la consolidation difficile.

En me basant sur l'état antérieur du membre, sur le siége élevé de la fracture, je crains un mauvais résultat, et je donnerais le conseil d'appliquer des appareils inamovibles.

M. Guyon. Je partage complétement l'opinion qui vient d'être émise par MM. Terrier et Duplay sur l'influence de l'état du membre, pour expliquer le retard de la consolidation. J'ai vu un homme atteint de fracture de l'humérus compliquée de troubles : lésions des nerfs, paralysie du plexus brachial, la consolidation ne put pas s'obtenir sous l'influence de ces troubles trophiques.

Je ne suis pas aussi absolu que M. Desprès au sujet de la suture des os, qui m'a donné un très-beau succès dans une fracture de jambe non consolidée. Il ne faudrait pas donc dire que la non consolidation peut tenir à cette opération, les troubles trophiques peuvent suffire pour l'expliquer.

Je crois qu'il faut remettre ce membre dans un appareil inamovible, mais je serais d'avis d'essayer les injections de teinture d'iode dans le foyer de la fracture. Cette méthode parfaitement rationnelle a donné de bons résultats entre les mains de M. Bour-

guet, d'Aix, et j'y ai eu recours dans trois cas de consolidation retardée. J'ai vu, sous l'influence de l'irritation produite par la teinture d'iode, le travail de consolidation reprendre avec une grande activité. Cette méthode est tout à fait inoffensive : il faut injecter une demi-seringue ou une seringue de Pravaz, tous les quatre jours et trois injections m'ont suffi.

Il est à craindre que l'état antérieur du membre ne permette pas d'obtenir une guérison, mais je pense que l'on peut tenter sans danger ce procédé.

M. Desprès. Je veux simplement ajouter que je ne repousse pas la suture des os en thèse générale, mais je crois qu'il ne faut jamais l'employer que longtemps après une fracture (2 ou 3 ans), et qu'on ne doit pas l'essayer lorsque le travail du cal n'est pas entièrement terminé.

M. Polaillon. Notre collègue M. Viard avait bien vu le vice de conformation du membre, aussi lui attribuait-il la non consolidation qu'il expliquait par des troubles des nerfs vaso-moteurs, et il avait eu l'idée de les combattre par l'application de courants continus.

Je partage complétement l'opinion émise par mes collègues, sur la nécessité d'appliquer des appareils inamovibles, mais je crois qu'il faut avoir soin de les faire remonter très-haut pour empêcher complétement le mouvement des articulations voisines.

Rapports.

I

M. Berger lit le rapport suivant s[illegible]une observation intitulée *Extirpation de la verge*, pratiquée par M. le Dr Cabadé, de Valence-d'Ag[illegible]

Je vien[illegible] rendre compte d'un travail dans lequel M. le docteur Cab[illegible]te une observation de cancer de la verge, ayant récidivé après l'amputation partielle de cet organe et nécessité une intervention beaucoup plus étendue. Pour enlever la totalité des parties malades, l'auteur de cette observation a eu recours à un procédé opératoire nouveau, qu'aucun chirurgien, du moins à ma connaissance, n'avait jusqu'à présent mis en usage, et sur lequel je veux appeler pour un instant l'attention de la Société après avoir sommairement rappelé les traits principaux du cas dont il s'agit.

Le malade, âgé de 58 ans, portait sur le gland des végétations papillaires, qui avaient été dès 1873, traitées par des cautérisations à l'acide sulfurique. Malgré ce traitement le gland entier fut bientôt envahi par la dégénérescence épithéliale, et, au mois de mars 1876, il fallut avoir recours à l'amputation de la verge à sa partie moyenne.

La plaie résultant de cette opération n'était pas cicatrisée, qu'au centre apparaissaient de nouvelles fongosités cancéreuses. En octobre 1876, au moment où il vint consulter M. Cabadé, le malade se présentait dans l'état suivant :

La verge, amputée à sa partie moyenne se termine par un énorme champignon de huit centimètres de diamètre, auquel des bourgeons de grosseur inégale, séparés par de profondes cavités donnent un aspect caractéristique.

En arrière, ce qui reste de la verge, offre une dureté ligneuse qui se continue sous l'arcade pubienne sans que le doigt puisse en déterminer la limite : le moignon pénien présente le volume et la direction de la verge à l'état d'érection. La peau du pénis paraît saine, elle n'adhère qu'au pourtour du champignon qui termine cet organe. Les bourses ne présentent rien d'anormal que l'existence d'une hernie inguinale. Les ganglions inguinaux ne paraissent pas engorgés.

Le toucher rectal démontre que le corps spongieux de l'urèthre est pris en totalité, mais qu'entre la tumeur et la prostate, dont on constate les caractères normaux, il existe un espace d'un centimètre et demi ou deux centimètres, correspondant à la région membraneuse de l'urèthre, qui a certainement été respectée par l'envahissement néoplastique.

L'extirpation totale de la verge et du corps spongieux de l'urèthre était nécessaire, voici comment M. Cabadé l'exécuta :

Une sonde en gomme fut, non sans peine, introduite par l'urèthre dans la vessie. Puis, la verge étant relevée sur le ventre, une incision courbe, à concavité supérieure, fut pratiquée sur le scrotum, au-dessous de la verge, et passant, dit l'auteur, la racine des corps caverneux. Partant de cette incision le chirurgien disséqua toute la face inférieure du corps spongieux jusqu'à son union avec la portion membraneuse de l'urèthre.

Une seconde incision fut alors pratiquée au-dessus de la racine de la verge, entre elle et la symphise pubienne. La partie supérieure du pénis fut alors disséquée, le ligament suspenseur sectionné, et l'on put ainsi arriver jusqu'à la partie antérieure de la région membraneuse, en se tenant toujours à distance, dans cette dissection, des parties atteintes par la dégénération.

Pour terminer l'opération, M. Cabadé ponctionna d'arrière en avant, avec un bistouri étroit la portion membraneuse de l'urèthre; une chaîne d'écraseur fut passée à travers la boutonnière ainsi pratiquée, en contournant la partie latérale de la sonde introduite dans l'urèthre et les deux moitiés de la circonférence de l'urèthre, ainsi que les tis-

sus qui adhéraient encore aux parties latérales du corps spongieux du bulbe, soit à droite, soit à gauche, furent successivement sectionnés par la constriction graduelle exercée par la chaîne qu'on avait soin de maintenir le plus près possible de la branche ascendante de l'ischion.

L'opération entière avait duré 40 minutes à peine. La perte de sang fut insignifiante, quoiqu'il fut nécessaire de lier des artères en assez grand nombre. La lèvre inférieure de l'incision fut alors attirée en haut et maintenue par un point de suture : la sonde qui avait été placée dans l'urèthre avant l'opération fût maintenue à demeure. Les suites furent des plus simples.

L'infundibulum très-profond auquel avait donné lieu l'extirpation du corps spongieux de l'urèthre, bulbe compris, se rétrécit peu à peu et diminua de profondeur. La miction s'effectua toujours aisément et l'urine put même toujours être projetée à une certaine distance.

Le malade, observé plus d'un an et demi après l'opération, ne présentait pas trace de récidive ; il n'y avait pas non plus de rétrécissement de l'orifice de l'urèthre, mais la peau du scrotum présentait de l'érythème dû au contact des dernières gouttes d'urine qui venaient la souiller à la fin de la miction.

L'examen histologique de la partie malade a démontré qu'on avait eu affaire à un cancer alvéolaire de la verge.

L'on sait que le cancer de la verge récidive avec une grande opiniâtreté, aussi voit-on souvent se succéder les tentatives opératoires nécessitées par cette affection ; alors l'amputation du gland est suivie quelques mois après d'amputation de la verge à sa partie moyenne ou même à sa racine (Wardrop, Broca). — Nous ne connaissons néanmoins pas de fait où l'intervention ait été portée aussi loin que dans le cas de M. Cabadé. Après avoir relevé le plus grand nombre des opérations désignées sous le nom *d'amputation totale de la verge*, *d'amputation de la verge à sa racine*, *d'extirpation de la verge*, après avoir recouru aux sources originales et consulté les observations elles-mêmes, il m'a paru que la section avait jusqu'à présent toujours été pratiquée sur le corps spongieux de l'urèthre et sur la racine des corps caverneux, et qu'aucun chirurgien n'avait reculé les limites du terrain opératoire jusqu'à la région membraneuse de l'urèthre.

Beaucoup de faits publiés sont néanmoins trop peu explicites pour qu'il soit permis de se prononcer sur ce point d'une manière absolue. Ainsi dans l'un des travaux des plus importants, où se trouvent relatés tous les cas d'amputation totale ou partielle de la verge qui furent pratiquées à Londres, pendant une période de plusieurs années (Report on amputations of the penis for epithelial cancer, *Med. Times and Gazet.*, t. II, p. 334, 1859), le siége de l'opération n'est désigné que par des expressions analogues à

celles-ci : *The whole organ was removed*, *the entire organ was removed*, ou bien : *Amputation of the entire organe*. De même, dans beaucoup d'observations françaises, l'on ne trouve que cette simple mention : *l'on pratiqua l'amputation de la verge à sa racine*, ou *au ras du pubis*. — En revanche dans tous les cas d'amputation totale où le procédé opératoire se trouve mentionné en détails, on peut voir que le chirurgien avait laissé au moins le bulbe, que la section avait porté plus ou moins loin sur le corps spongieux de l'urèthre, et que c'est tout au plus si dans les extirpations les plus complètes, comme dans un cas de Bournon, l'opérateur « après avoir séparé les connexions de la verge avec le ligament triangulaire, était allé détacher d'un coup de bistouri dirigé en arrière et en bas, l'organe qui était induré jusqu'au niveau du bulbe. »

Le plan conçu et mis à exécution par M. Cabadé est plus complet et mieux réglé. L'idée de faire converger deux dissections, l'une du plan supérieur, l'autre du plan inférieur de la tumeur vers la région membraneuse de l'urèthre et de sectionner à ce niveau le canal et les tissus avoisinants, ainsi que les adhérences qui rattachent encore les parties latérales de la tumeur aux branches ascendantes de l'ischion avec deux chaînes d'écraseur passées sur les côtés de la sonde par une boutonnière antéro-postérieure pratiquée au travers du canal, cette idée réalise un progrès sur les procédés d'extirpation de la verge antérieurement mis en usage. Mais avant de formuler sur elle un jugement, que l'exécution de cette opération sur le vivant pourra modifier encore, j'ai voulu du moins constater ce que cette nouvelle pratique opératoire peut donner sur le cadavre. J'ai été surpris de la trouver d'une exécution beaucoup plus laborieuse que je ne m'y attendais. Les deux incisions semi-elliptiques qui embrassent la racine de la verge sont trop étroites pour donner au chirurgien un jour suffisant ; la dissection, celle surtout de la face inférieure de l'urèthre, se fait au fond d'un entonnoir très-profond, puisqu'il faut suivre le canal depuis la région sous-pubienne jusqu'en arrière du bulbe, à la région canale. Un écoulement sanguin qui en raison des vaisseaux que le chirurgien est forcé d'intéresser doit être toujours notable, fût-il modéré, gênerait notablement ce temps de l'opération en masquant les parties, et au fond d'une plaie aussi étroite, l'hémostase elle-même pourrait n'être pas facilement obtenue. La dissection de la face supérieure est moins malaisée, mais ici encore, l'étroit espace que laissent entre elles les branches du pubis, gêne les manœuvres, et même sur le cadavre, le plexus veineux si riche, qui s'étend de la symphyse au col de la vessie, fournit une quantité de liquide sous lequel disparaît le champ opératoire.

Enfin dans cette plaie profonde et étroite il est fort difficile de ponctionner d'avant en arrière le canal de l'urèthre à la région membraneuse, et de passer au travers de cette boutonnière la chaîne de l'écraseur.

J'ajoute que la tumeur extirpée laisse une plaie infundibuliforme au fond de laquelle se trouve l'urèthre divisé d'où sort la sonde à demeure. Cette plaie en entonnoir, par sa base tournée en avant et en bas correspond au tissu cellulaire des bourses. Cette disposition me semble constituer pour l'opéré une menace constante d'infiltration d'urine, de même que s'il se produit cet accident si redouté des anciens chirurgiens, je veux dire la rétraction du canal de l'urèthre ou la coarctation cicatricielle de son calibre, elle place le chirurgien et le blessé dans les conditions les plus défavorables pour le traitement de ces complications.

Je sais bien que M. Cabadé n'a eu à regretter ni l'un ni l'autre de ces incidents; peut-être, néanmoins, avant d'affirmer que son opéré n'aura ni rétraction de l'urèthre, ni rétrécissement de son orifice, serait-il bon d'attendre encore quelques temps; Roux a vu trois ans et demi après l'opération la coarctation se produire et s'accompagner de rétention d'urine. — Dans un cas relaté dans *The Lancet* (en 1857), la rétraction du canal ne se prononça qu'au bout de six ans et demi; des abcès, des fistules urinaires s'ouvrirent, et nécessitèrent une incision périnéale. Quoi qu'il en soit, pour écarter les chances de l'infiltration urineuse, il eut peut-être été plus sûr de suivre sur un point le conseil donné par des chirurgiens de Toulouse auxquels l'opéré de M. Cabadé était allé se présenter, et de faire précéder l'extirpation de la verge de l'établissement d'une boutonnière périnéale. Il eut été plus sûr et certainement beaucoup plus commode surtout, de combiner avec le plan d'opération suivi par l'auteur, la méthode que l'on pourrait appeler *la méthode des chirurgiens de Montpellier*. Mise en usage par Delpech, le premier, en 1832, puis par Lallemand, enfin employée par Bouisson, qui en développa les principes dans un remarquabla travail (De l'amputation du pénis, *Gaz. méd. de Paris*, 1860, p. 732), cette méthode consiste à diviser le scrotum d'avant en arrière suivant le raphé, et à réunir les deux moitiés de cette enveloppe tégumentaire de manière à enfermer chaque testicule dans une poche isolée. Les deux organes sont ainsi séparés par une fente au fond de laquelle il devient facile de découvrir le corps spongieux et le bulbe et de les extirper en quelque sorte à ciel ouvert; c'est au fond de cette fente que vient plus tard s'ouvrir ce qui reste de l'urèthre, et il suffit à l'opéré, pour éviter l'érythème résultant du contact de l'urine, d'écarter les deux moitiés des bourses ainsi divisées lorsqu'il veut uriner. J. Roux, qui a très-avantageusement

modifié ce procédé opératoire, en a montré tous les avantages : facilité pendant l'opération, hémostase assurée, exploration aisée des parties malades et constatation possible de l'étendue des lésions : l'écoulement du pus et de l'urine se faisant par une plaie déclive de manière à prévenir l'infiltration du tissu cellulaire et l'inflammation phlegmoneuse ; enfin la certitude où l'on est de toujours pouvoir retrouver aisément l'orifice uréthral pour le cautériser, ou le dilater s'il en est besoin : ils sont assez évidents pour qu'il soit inutile d'y revenir en détail.

Avec cette modification, en prenant donc la précaution de diviser d'abord d'avant en arrière le scrotum en deux moitiés renfermant chacune une testicule, l'opération proposée et si habilement pratiquée par M. Cabadé, m'a paru, sur le cadavre du moins, d'une exécution infiniment plus sûre et plus facile.

Considérant donc l'avantage que l'on a, dans le cancer étendu de la verge, à enlever jusqu'aux derniers vestiges du corps spongieux de l'urèthre, afin d'éviter les récidives, je crois que M. Cabadé a fait une œuvre utile en proposant un procédé qui permît l'extirpation complète de l'urèthre, en en fixant les règles, et en montrant par l'opération qu'il vous a adressée, qu'elle pouvait être exécutée.

Je crois que sa conduite trouvera des imitateurs, mais j'estime que ceux qui voudront à son exemple pratiquer l'extirpation complète, non pas de la verge seulement, mais du corps spongieux de l'urèthre, feront bien de ne procéder à cette opération en suivant les différents temps que lui a assignés M. Cabadé, qu'après avoir eu recours à la division médiane et antéro-postérieure des bourses à laquelle ont eu recours Delpech, Lallemand, J. Roux et Bouisson.

En conséquence, je vous propose :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur ;

2° De déposer son intéressante observation aux archives de la Société.

Discussion.

M. Verneuil. Je regarde ce fait comme très-intéressant, car je ne connais pas d'autre observation d'ablation totale de la verge.

C'est, certainement, une opération hardie, mais praticable, et qui a été menée à bonne fin par un chirurgien habile qui a su recourir à des instruments utiles; mais je crois qu'il aurait peut-être mieux valu agir directement par le périnée.

Un fait important, qui ressort de cette observation, a rapport à la récidive ; voilà deux ans que l'opération a été faite et il n'y a pas de récidive. Il est probable que ce beau succès tient à l'opération, car nous savons que dans les cancers de la verge, il y a souvent

des noyaux isolés dans le corps spongieux, qui deviennent le point de départ de la récidive.

En présence de ces récidives à date si rapprochée, que l'on observe pour la verge, comme pour la langue, on se demande s'il ne serait pas bon d'enlever toute la verge, car je ne crois pas qu'il soit plus dangereux d'aller sectionner la partie membraneuse que de sectionner le bulbe. Je ne crois pas que cette opération soit bien difficile en employant l'écraseur linéaire ou le thermo-cautère ; et on peut faire une opération utile. Je crois donc qu'il faut prendre en considération l'opération de M. Cabadé.

Avant de terminer, je désire appeler encore l'attention de la Société sur la détestable pratique des cautérisations des épithéliomas de la langue et de la verge. Lorsque nous aurons répété souvent que rien n'est plus préjudiciable pour les malades, peut-être finira-t-on par l'abandonner.

M. Berger. Le malade avait eu la syphilis, aussi crut-on, au début, à des végétations syphilitiques que l'on voulut combattre par des cautérisations. Quant au nom à donner à cette opération, il faut avoir soin de dire amputation de la verge et de la région bulbaire.

(Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.)

II

M. Polaillon fait un rapport verbal sur deux observations adressées par M. le Dr Lemée, de Saint-Sever.

La première est intitulée : *Relation d'une série de trois accouchements successifs chez une femme en apparence bien conformée, mais présentant un rétrécissement marqué du bassin. Accouchement prématuré artificiel.*

La seconde : *Relation d'une série de trois accouchements successifs chez une femme présentant un rétrécissement notable du bassin. Accouchement prématuré artificiel. Enfant vivant. Déformation du crâne.*

M. le rapporteur propose :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur ;

2° De déposer ses observations aux archives.

Ces conclusions sont adoptées.

Présentations de malades.

I

M. Boinet. Je présente un individu de 28 ans, maçon, qui avait toujours été d'une bonne santé, lorsqu'il y a 18 mois, il vit dé-

buter dans la région sous-maxillaire du côté gauche, une tumeur dont il ne peut nullement expliquer l'apparition. La tumeur a grossi graduellement et aujourd'hui elle a le volume du poing.

J'ai vu cet homme il y a quatre mois, il était gros et fort ; depuis cette époque, il a perdu 50 livres, et il ne peut plus avaler.

Cette tumeur ne présente aucun élancement, mais elle comprime certainement le paquet vasculo-nerveux, car, à gauche, les battements de la temporale sont très-diminués.

On a fait beaucoup de traitements bien inutiles, et je viens vous demander s'il faut recourir à une opération.

M. Verneuil. J'ai vu ce malade, il y quatre mois, à la Maison de santé, et j'ai dû à cette époqne me prononcer déjà pour la non intervention. Je suis encore de cet avis. Je n'y toucherai pas, parce que la tumeur est une de ces tumeurs malignes, encore mal définies, mais qui a pour point de départ les ganglions.

Si la nature même du mal ne m'arrêtait pas, je n'opérerais pas, parce que ces tumeurs envahissent profondément, qu'elles entament la jugulaire, la carotide, et que l'ablation en est presque impossible. De plus, il est presque certain qu'il y a des noyaux secondaires dans les viscères, foie, poumon. Ces faits ne sont pas rares, car j'en ai déjà recueilli douze, mais malheureusement le diagnostic de cette généralisation est presque impossible à faire.

M. Berger. Je ne serais peut-être pas aussi affirmatif que M. Verneuil sur le point de départ dans les ganglions. Cet homme a une salive infecte et je serais peut-être disposé à croire que le point de départ est un cancer du pharynx ou du larynx, et que les ganglions n'ont été pris que secondairement. Il y a eu un mémoire, publié dans les *Archives* de Langenbek, sur ce sujet.

J'ai introduit mon doigt, je n'ai rien senti, mais je crois que, pour une certitude, il faudrait faire un examen avec le miroir.

M. Desprès. Je crois que le point de départ est dans les ganglions, car si le cancer avait débuté par le pharynx ou le larynx, il devrait y avoir d'autres manifestations.

Je ne ferais rien à ce malade, car je crois qu'il doit y avoir quelque lésion dans un des viscères.

M. Boinet. Je remercie mes collègues qui ont confirmé mon opinion.

II

M. Judes Hue présente quatre individus auxquels a été pratiquée

l'opération du phimosis dont il a donné la description dans une séance précédente.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 14 août 1878.

Présidence de M. F. GUYON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

Elle comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine et le fascicule des *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie ;*

2° La *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie ;*

3° Le *Lyon médical*, l'*Alger médical*, la *Revue médicale de l'Est ;*

4° Les *Leçons sur la chirurgie clinique des maladies des voies urinaires*, par M. Paquet, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Lille ;

5° Une brochure intitulée : *Des myélites syphilitiques*, par le Dr Raymond Caizergue ;

6° La *Gazette médicale Italienne-Lombarde,* la *Gazette de Santé militaire de Madrid,* le *Centralblatt für Chirurgie, The British medical Journal ;*

7° *Studi di anatomia patologica e clinici sulle malattie delle ossa*, per il dottore Emidio Tassi. — *Degli stringimente uretrali, especialmente dei mezzi piú acconci per guarirli* (par le même auteur).

8° M. Verneuil fait hommage à la Société, au nom de M. le Dr Henri Petit, d'une brochure intitulée : *De l'emploi de la compression élastique dans le traitement des anévrysmes des membres ;*

9° M. Verneuil présente aussi de la part de M. le Dr Ballu Labadie, une observation de *Tétanos traumatique, suivi de guérison*. (*Commission :* MM. Tillaux, Polaillon, Verneuil.)

Discussion à propos du procès-verbal.

M. DE SAINT-GERMAIN. Dans la dernière séance, M. Després a déclaré que les fractures se consolidaient toujours chez les enfants.

C'est là une assertion beaucoup trop absolue, et, pour mon compte, j'ai observé jusqu'ici six exemples de pseudarthroses chez eux. Le siége était placé quatre fois sur l'humérus et deux fois sur le fémur. Les résultats que m'a donnés la suture osseuse n'ont pas été satisfaisants sur deux de ces sujets, auxquels je l'ai appliquée. Sur l'un, elle a été suivie d'un phlegmon qui a amené la désunion, et sur l'autre le résultat a été nul. C'est alors que j'ai eu recours à un autre procédé qui m'avait donné un succès des plus heureux chez un jeune homme atteint de pseudarthrose de la partie moyenne de l'humérus : je veux parler de l'électro-puncture. Deux aiguilles, enfoncées entre les deux fragments, furent placées en communication avec les deux fils d'un appareil de Ruhmkorff. Quinze jours après le début de ce traitement, un commencement de consolidation était obtenu, et la guérison fut complète au bout de sept semaines.

M. Marjolin. M. Desprès a été beaucoup trop loin en niant les pseudarthroses chez les enfants. Les *Bulletins* de la Société de chirurgie en renferment quelques exemples, et j'ai gardé le souvenir de deux de ces cas. Elles sont la suite d'une fracture méconnue, et par suite non traitée ; d'un défaut de surveillance des parents, ou d'un manque de soins dans l'application des appareils.

M. le Président annonce que MM. Paquet et Mordret, membres correspondants, assistent à la séance.

Rapport.

M. Guéniot fait un rapport verbal sur un travail manuscrit de M. le Dr Hubert Boëns intitulé : *Cloisonnement transversal du vagin.*

Après avoir donné l'analyse de deux observations qui forment la substance de ce travail, M. le rapporteur fait remarquer, que ni l'une ni l'autre des observations ne répondent exactement au titre ci-dessus. Dans la première, en effet, il s'agit d'un cas d'occlusion du vagin par la membrane hymen, et dans la seconde d'une élongation hypertrophique de la petite lèvre gauche. Quant à la théorie invoquée par l'auteur, pour expliquer le cloisonnement du vagin, elle manque d'un appui suffisant et reste au moins fort contestable.

Ces réserves faites, M. Guéniot constate que le travail de M. Boëns est rédigé avec beaucoup de soin, et que la première observation offre un réel intérêt. Il propose en conséquence : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur ; 2° de publier intégra-

lement la première observation en lui donnant un titre plus approprié ; 3° enfin, de déposer le reste du manuscrit dans les archives de la Société.

Ces conclusions sont adoptées.

Observation. — Occlusion du vagin par la membrane hymen ; incision de cette cloison ; grossesse consécutive et accouchement heureux à terme,

par M. le Dr Boëns, de Charleroy.

Madame X..., femme d'un fonctionnaire de l'administration des travaux publics, qui habite un village près de Charleroy, vint me consulter, en janvier 1875, pour une maladie caractérisée en apparence par des palpitations cardiaques, un grand affaiblissement général et une teinte cachectique spéciale de la peau. C'était une belle et forte blonde de 30 ans, mariée depuis longtemps et qui n'avait jamais eu la moindre apparence de grossesse. A partir de la puberté elle avait paru atteinte de chlorose. La menstruation était régulière dans ses retours, mais se bornait à un suintement sanguin insignifiant qui durait deux ou trois jours. Les autres fonctions s'exerçaient librement, malgré l'état d'alanguissement, de résolution musculaire, dans lequel se trouvait tout l'organisme. Madame X... avait consulté beaucoup de médecins. On lui avait conseillé les principaux analeptiques en vogue aujourd'hui ; mais les traitements les plus rationnels n'étaient jamais parvenus à modifier avantageusement sa santé. Elle tenait beaucoup à avoir des enfants ; toutefois, aucun praticien ne s'était encore enquis des causes réelles de la stérilité, l'aspect chlorotique du sujet et la pénurie des règles paraissant rendre suffisamment compte de ce fait.

Cependant, après un interrogatoire et un examen superficiels, il me sembla que l'atonie générale du système locomoteur, la décoloration toute spéciale des tissus cutanés et muqueux, l'éclat vitreux de l'œil, le peu de sang perdu chaque mois, l'absence totale des flueurs blanches et la stérilité d'une part, et, de l'autre, l'intégrité de toutes les fonctions végétatives ainsi que l'inefficacité radicale des soins thérapeutiques les mieux conçus, formaient un ensemble de circonstances que l'existence d'une simple chlorose ne pouvait convenablement expliquer.

Le cœur, les poumons, le foie, l'estomac, les intestins et les reins ne decélaient, en particulier, aucun phénomène insolite.

Je voulus m'assurer de l'état de la matrice en recourant à une exploration locale, qui n'avait jamais été proposée. Quelle ne fut pas ma surprise de me trouver en présence d'une femme, mariée depuis plus de 10 années, qui n'offrait aucune apparence de vagin et qui ne semblait nullement s'en douter ?

Son mari, me dit-elle, se plaignait bien d'éprouver quelque résistance, une certaine difficulté dans l'accomplissement des actes sexuels, mais ni lui ni elle ne s'en étaient jamais préoccupés.

Les grandes lèvres étaient normales, parfaitement développées. Elles se continuaient directement en dehors, avec la peau des fesses,

et, en dedans, avec un tissu cutané physiologique épais, dense, élastique, facilement dépressible, qui remplissait tout l'espace compris entre les grandes lèvres, depuis le méat urinaire jusqu'au périnée. Le clitoris bien conformé occupait sa position habituelle.

C'était un cloisonnement transversal du vagin des plus complets et des plus solides.

Dans quel état se trouvaient le vagin et l'utérus ?

Au toucher vulvaire, le doigt s'enfonce profondément vers la matrice, en refoulant la cloison transversale en arrière, à l'instar d'un doigt de gant ou d'un *condom* ; mais il m'est impossible de constater par là l'existence de l'utérus. Le toucher anal au contraire, me donne des renseignements précis à cet égard, et me permet de croire que la conformation des organes génitaux internes ne laisse rien à désirer, qu'il s'agit donc simplement d'un cloisonnement transversal complet de l'orifice du vagin.

Cependant un inconnu restait encore à dégager.

Madame X... était réglée tous les mois, peu à peu, goutte par goutte, il est vrai ; mais enfin, le sang mensuel, au moins en partie, se faisait jour quelque part. Par où ? J'eus beau explorer la cloison en tous sens avec mes yeux de myope, avec le doigt, avec les stylets mousses les plus déliés, aucune dépression, aucun vide, aucun orifice ne se révélait nulle part ailleurs qu'au méat urinaire. Et cependant cette dame déclarait positivement que l'écoulement périodique ne provenait jamais de ce point-là.

Je me vis forcé de remettre à plus tard l'élucidation de cette particularité, d'autant plus intéressante, me semblait-il, qu'elle devait me mettre sur les traces de la voie de communication qui s'était établie entre les organes génitaux internes et leurs appendices extérieurs. J'engageai en conséquence madame X... à revenir chez moi à l'époque du flux cataménial.

J'examinai alors très-attentivement la cloison, et, en comprimant doucement le périnée, je vis sourdre une gouttelette de sang rosé, très-fluide, en un point situé à un centimètre du centre de cette membrane, vers le côté droit.

Après avoir répété cette manœuvre trois ou quatre fois, j'appuyai fortement la pointe mousse d'un très-fin stylet sur le point indiqué et je pénétrai ainsi dans une cavité, qui ne pouvait être que le vagin, et dans laquelle l'instrument se promenait à l'aise dans toutes les directions.

Il n'y avait plus à hésiter.

Huit jours après le dernier examen, je pratiquai l'opération en attaquant directement le milieu de la cloison avec un bistouri. Derrière le derme durci, un tissu cellulaire dense et une muqueuse doublée de stratifications fibrineuses formaient une paroi épaisse, un véritable blindage membraneux, qui devait offrir une résistance insurmontable à toute tentative naturelle.

Après avoir fait une première incision horizontale de 15 à 18 millimètres, d'outre en outre, j'introduisis l'index dans le vagin que j'ex-

plorai jusqu'au col de la matrice, et je terminai l'ouverture artificielle en fendant, *verticalement* cette fois, la cloison membraneuse depuis la commissure vulvaire inférieure jusqu'à la paroi supérieure du vagin.

Un pansement simple, consistant en un bouchon de linges fins fortement huilé, introduit dans le vagin et maintenu en place pendant 24 heures à l'aide de quelques tours de bande, constitue tous les soins consécutifs. Le surlendemain de l'opération, je recommandai à madame X... de passer elle-même dans le vagin, deux ou trois fois chaque jour, l'ombout bien graissé d'une tige de spéculum. Le reste devait aller de soi.

J'ai revu cette dame une année plus tard, en 1876. Elle jouissait d'une santé brillante et venait d'accoucher très-heureusement d'un gros garçon.

Discussion.

M. Lannelongue. La première observation du travail de M. Boëns, dans laquelle une membrane s'étend d'une grande lèvre à l'autre, me paraît être un exemple de malformation vulvaire. La première enfance jusqu'à l'âge de cinq à six ans en offre des cas assez nombreux pour que j'aie pu en observer une douzaine au moins, dans une période de près de trois ans. Au premier coup d'œil, on ne découvre pas toujours le pertuis ou les pertuis que présente la membrane qui est jetée comme un pont d'une grande lèvre à l'autre; un examen plus attentif fait reconnaître leur existence, soit en avant soit en en arrière vers le périnée; quand il en existe deux, on arrive à passer un stylet de l'un à l'autre. Cette imperforation vulvaire est manifestement congéniale, et une simple incision, en prenant soin d'empêcher une réunion secondaire, suffit pour remédier à ce vice de conformation. On constate aussi, après l'incision, que la membrane hymen est parfaitement intacte.

M. Marjolin. Les injections faites, dans le but de débarrasser le vagin des liquides qui ont pu s'y accumuler, pouvant déterminer des accidents excessivement graves, lors même qu'elles ont été faites avec beaucoup de soin, on ne saurait, surtout dans les cas dont il est question, agir avec trop de prudence. J'ai entendu dire à M. Danyau, que plusieurs fois il avait été témoin de faits de ce genre. Dans ces cas, il s'agissait d'injections simples; les accidents arrivèrent très-brusquement et avec un caractère véritablement effrayant. Mon père qui avait eu également occasion d'observer une ou deux fois des faits semblables, recommandait, dans le but de les prévenir, de n'employer pour toutes les injections que des canules percées sur le côté et fermées à leur extré-

mité. J'ajouterai, et je tiens ce détail de notre regretté confrère Lorain, que la malade dont il est publié l'observation et qui succomba dans son service, s'était cependant servie d'une canule percée seulement sur les côtés. D'après cela, je crois qu'il est bon d'insister sur les précautions à prendre surtout dans les faits dont il est question.

M. Delens. Puisqu'il est question des vices de conformation des parties génitales de la femme, je citerai les exemples de malformation de l'hymen que j'ai eu l'occasion d'observer sur environ trois cents petites filles. Sur ce nombre, j'ai rencontré quatre cas d'hymen biperforé, proportion assurément considérable, puisque M. Tardieu dit n'avoir jamais vu cette disposition et qu'il paraît croire qu'elle est due ordinairement à des brides cicatricielles. Elle m'a toujours paru congénitale et, dans un cas, la bride médiane ayant été excisée et examinée au microscope, on constata qu'elle était formée d'un derme et d'un épiderme absolument semblables à ceux de la muqueuse normale; on y trouva aussi des papilles.

Dans un autre cas, les deux orifices étaient tellement petits qu'on eut pu difficilement y introduire un mince stylet. Sur une jeune fille de quinze ans j'ai vu un hymen pourvu d'un seul orifice également ponctiforme.

Enfin, dans un autre cas, il semblait y avoir trois orifices, mais en réalité les deux orifices supérieurs ne conduisaient que dans de petits culs-de-sac peu profonds.

Les six anomalies que je viens de citer m'ont toutes paru congénitales.

M. Polaillon. Après avoir reconnu la fréquence de ce vice de conformation chez l'enfant, et sa rareté chez l'adulte, je désire avoir un éclaircissement. Cette agglutination des bords de la vulve correspond-elle à l'hymen ou est-ce au contraire une adhérence plus antérieure bornée aux grandes lèvres?

M. Tillaux. Il importe de distinguer les adhérences externes, superficielles, des imperforations de l'hymen. Les premières me paraissent correspondre aux petites lèvres; ce sont les petites lèvres unies entre elles; elles n'offrent pas de résistance et quand apparaissent les règles, elles se détruisent. Toute autre est la physionomie des imperforations de l'hymen. Celles-ci peuvent être l'objet de grossières méprises, ainsi que l'attestent deux récents exemples que j'ai eus sous les yeux. L'un d'eux a trait à une jeune fille de province qui me fut adressée par un de nos confrères, comme un cas de mauvaise conformation; cette jeune fille n'avait pas eu

d'écoulement menstruel et ne devait jamais en avoir. Or, le plus simple examen me fit constater avec un hymen imperforé, un utérus développé, d'un volume comparable à l'utérus gravide de six mois.

Le second exemple est encore plus saisissant. Une jeune fille venue à Lariboisière nous a raconté qu'un médecin de la ville avait déclaré à sa mère qu'elle était enceinte. Il avait constaté, en même temps qu'une tumeur abdominale, une seconde tumeur vulvaire bombée du volume d'une grosse noix. Son examen était vrai, mais il s'était mépris sur la nature de la saillie vulvaire.

Au surplus ces faits ne sont pas des exceptions; il importe donc de faire un examen scrupuleux lorsqu'une jeune fille n'est pas réglée. Il est un point de pratique sur lequel je demande l'avis de mes collègues. Chez les deux malades dont je viens de parler, j'ai fait une incision simple sur l'hymen refoulé; puis j'ai laissé couler le sang, sans exercer de pression sur le ventre, en rapprochant les jambes des malades, et je les ai tenues au lit dans l'immobilité absolue pendant huit à dix jours. Je me suis bien gardé de recourir aux lavages que l'on a préconisés en pareille circonstance. Peut-être est-ce à cette conduite, que je dois de n'avoir pas eu les graves accidents qui se déclarent si souvent après l'ouverture de ces vastes foyers. Pourtant je demande si une dilatation concomitante des trompes utérines ne pourrait pas expliquer l'explosion des accidents à la suite des injections.

M. Verneuil. Il existe en effet deux variétés bien distinctes de ces imperforations. La première, sur laquelle M. Bouchacourt, de Lyon, a publié un travail il y a environ trente ans, consiste dans une agglutination des grandes lèvres. Congénitale et quelquefois accidentelle, elle cède aux moyens dont on a parlé, et de simples tiraillements suffisent pour la détruire.

Au sujet de la seconde variété, beaucoup plus importante, M. Tillaux a soulevé une question de pratique, où il a exposé des principes absolument opposés aux miens. Tout le monde connaît les accidents formidables dus à l'entrée de l'air dans les cavités sanguines qui se vident mal surtout. Or dans l'espèce, après avoir ouvert la poche, l'air pénétrera quelle que soit l'attitude donnée au sujet. Il trouvera dans la béance de ce vaste foyer des conditions faciles pour sa pénétration.

L'utérus lentement distendu et ayant longtemps lutté pour se débarrasser, a ses fibres musculaires autrement organisés que dans la grossesse ; dans sa cavité béante, l'air s'engouffre et telle est la cause de ces septicémies foudroyantes qui amènent la mort en 24 ou 48 heures quelquefois. Il y a déjà longtemps que j'ai conseillé l'emploi du seigle ergoté à petites doses pour aider le retrait

des parois utérines, et j'ajoute que la méthode antiseptique me paraît le moyen par excellence de parer à l'explosion des accidents. Les injections réglées, réitérées, surtout antiseptiques, employées comme on le fait dans les rétentions suites de fausses couches, me paraissent avoir une supériorité sur toute autre méthode. Je me souviens d'avoir obtenu ainsi un succès à l'hôpital Lariboisière.

M. Lucas-Championnière. Il existe en effet une variété d'agglutinations vulvaires, ce que l'on a appelé le phimosis vulvaire, et je me rappelle avoir entendu une leçon de M. Panas sur ce sujet. Mais je veux m'arrêter uniquement sur la question du traitement soulevée par M. Tillaux. Deux exemples se sont offerts à mes soins et je les ai traités par le pansement de Lister. Dans le premier, ce pansement n'a été appliqué que pendant cinq jours, le résultat a été heureux. Dans le second, il s'était fait une ouverture spontanée du foyer par la grande lèvre, une heure avant mon intervention; j'eus recours pendant le même temps et suivant les règles ordinaires au pansement de Lister, la guérison fut aussi obtenue. Je ne fais que signaler ici les difficultés d'application de la méthode antiseptique, qui se tirent de la miction et des garde-robes; on peut jusqu'à un certain point parer à ce dernier inconvénient en donnant, comme je le fais, de légères doses d'opium. Les observations paraissent établir que les injections antiseptiques ont de mauvais résultats au début; mais il n'en est plus de même après cinq jours, lorsque l'utérus est bien revenu sur lui-même et que tout écoulement sanguin a cessé. A ce terme les mauvaises chances ont disparu, et je crois qu'alors on peut recourir avec avantage aux injections que conseille M. Verneuil.

M. Tarnier. Il est bien établi que la faible quantité de sang que contenait la poche, se rattache à un trouble fonctionnel lié à l'état général de la malade et non à l'imperforation de l'hymen. Aussi ne veux-je m'arrêter que sur cette seconde partie de la question.

La gravité des accidents qu'entraîne l'intervention est quelquefois telle que j'ai vu les malades mourir en peu de jours. Pour y parer, nos collègues MM. Tillaux, Verneuil, Lucas-Championnière proposent chacun des moyens différents, dont je ne ferai pas la comparaison. Je ne puis dissimuler mon attrait pour la méthode antiseptique; mais pourtant il faut reconnaître qu'ici son application est entourée de difficultés. La miction, les garde-robes, les différents lavages nécessitent un renouvellement trop fréquent du pansement; aussi je me demande si, dans un cas pareil, on ne pourrait pas appliquer, l'incision faite, un caleçon en caoutchouc analogue à un caleçon de bain, remontant jusqu'à l'ombilic, dans lequel on ferait le vide absolu.

M. Tillaux. Je demande à M. Verneuil la permission de ne pas être de son avis. Je crois qu'on se met beaucoup plus à l'abri de l'infection putride, en laissant couler le sang, la malade tout à fait au repos, qu'en pratiquant des injections immédiates. Mes deux faits en sont la preuve. M. Verneuil fait une comparaison erronée entre l'utérus gravide au moment de l'accouchement et l'utérus distendu par le sang. Dans ce dernier cas le retrait se fait peu à peu, lentement, au fur et à mesure de l'écoulement sanguin. Quand celui-ci a cessé, l'utérus est revenu sur lui-même. Aussi je proscris toutes les manœuvres et je ne demande à faire les choses que le plus petitement possible.

M. Lucas-Championnière. En réponse à M. Tillaux, je dirai que la situation de la femme en couches n'est pas comparable à celle de la femme atteinte d'imperforation de l'hymen. Chez cette dernière j'applique le pansement de Lister selon les règles ordinaires. Soins préparatoires, incision, évacuation plus rapide que ne le fait M. Tillaux, tout cela suit son cours. Je sonde la malade trois fois par jour et le pansement est changé deux fois. J'ai remarqué chez mes deux malades, qu'il n'existait aucune odeur pendant cinq jours ; passé ce délai, l'utérus est revenu sur lui-même, mais il existe une légère odeur dans le liquide qui s'écoule ; c'est le moment favorable pour les injections antiseptiques. Mais en terminant, j'insiste de nouveau sur ce point, que pendant les cinq jours d'application du pansement de Lister, il n'existe aucune odeur dans les liquides sanguinolents qui s'écoulent.

M. Verneuil. L'importance du problème à résoudre, m'excusera de prendre une troisième fois la parole ; il s'agit en effet de l'application de la méthode antiseptique dans les plaies des cavités. Nous sommes les maîtres de nos résultats pour les plaies extérieures ; il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit des blessures des cavités, et la question a un puissant intérêt. Peu de tentatives ont été faites encore dans ce sens ; cependant Volkmann s'est déjà occupé d'appliquer le pansement antiseptique dans les extirpations du rectum. A mon tour j'ai cherché à préparer le succès de l'opération des fistules vésico-vaginales, par des injections antiseptiques. Mais si l'on doit espérer le triomphe définitif de la méthode antiseptique dans cette grande classe de cas, il importe de recourir à des procédés d'une exécution simple, facile ; il faut les trouver. Le maintien du procédé de Lister pendant cinq jours, comme le fait M. Lucas-Championnière, est une chose déjà compliquée. Je m'imagine que les injections antiseptiques faibles, pratiquées dès le premier moment, peuvent réaliser les conditions de la méthode. Aux deux succès de M. Tillaux, je pourrais opposer trois

résultats heureux que j'ai obtenus par ce moyen. Mais il importe d'invoquer d'autres documents pour établir une opinion. Nombre de femmes sont mortes après l'ouverture du foyer, sans injections. M. Tillaux repousse ma comparaison avec l'utérus gravide de la grossesse ; mais on ne peut nier les propriétés absorbantes de la cavité utérine, et l'utérus distendu par le sang met souvent un temps très-long, 24, 48 heures, pour opérer son retrait. Le vagin lui-même, considérablement agrandi, fort peu contractile, conservera du sang ; au second jour, le mucus vaginal abondamment sécrété, mélangé au sang et à l'air, prendra une odeur infecte. N'est-ce pas une indication pressante de recourir aux injections antiseptiques, qui ont d'ailleurs fait leurs preuves dans des cas analogues, dans les suites de couches par exemple ?

Il est un petit point sur lequel je ne suis pas d'accord avec MM. Lister et Lucas-Championnière. Mon expérience m'a appris que les injections à un et demi ou deux pour cent ne sont nullement irritantes.

M. Tillaux. Je persiste à repousser la pratique des injections, pour ce motif que les trompes utérines peuvent être très-distendues et qu'on court le risque d'envoyer le liquide dans la cavité abdominale.

M. Guéniot. La question ayant un peu dévié de son objet, je m'adresserai d'abord à son côté thérapeutique. Dans son argumentation, M. Verneuil n'a pas eu suffisamment en vue la dilatation des trompes utérines dont l'existence ne saurait être révoquée en doute. C'est à cette dilatation qu'il faut rapporter le danger du passage du sang dans le péritoine, quand on ouvre le foyer. La contraction utérine alors exerce une pression du côté des trompes en même temps qu'elle chasse le sang dans le vagin. Aussi je me rattache à la pratique de M. Tillaux.

Mais je crois qu'on doit pratiquer une incision très-peu étendue afin d'obtenir un écoulement ayant lieu avec lenteur. Je rejette les injections au début, mais je les crois très-opportunes vers le cinquième jour. C'est le moment où la méthode antiseptique trouve sa véritable application.

Dans le cours de la discussion, M. Marjolin a demandé ce que deviennent ces imperforations chez l'adulte. Je puis répondre à cette question par un exemple. En 1872 je fus prié par un de mes anciens collègues, M. Lefeuvre, de voir une femme en travail depuis douze heures.

A mon examen, je constatai un hymen imperforé ; il existait bien en haut, vers le méat urinaire, un petit cercle déprimé, mais il n'y avait là qu'une apparence d'ouverture. Survint une contraction

utérine assez forte ; elle détermina l'irruption d'un jet de liquide par un orifice de l'hymen que nous n'avions pas découvert et que son étroitesse nous aurait fait méconnaître.

La fécondation avait eu lieu par ce pertuis.

Communication écrite.

M. Mordret donne lecture du travail suivant, intitulé : *Note sur quelques cas de luxations et de fractures chez les aliénés.*

Les affections chirurgicales, quand elles surviennent chez des aliénés, ne se présentent pas toujours avec les caractères qu'elles revêtent d'ordinaire chez les personnes saines d'esprit. Il y aurait, je crois, un chapitre intéressant et étendu à écrire sur ce sujet encore assez peu exploré. Je ne saurais tenter de le faire, un tel travail ne pouvant être l'œuvre d'un seul. Je ne veux, dans cette courte communication, que présenter quelques considérations sur la facilité avec laquelle semblent se produire certaines luxations ou fractures et surtout les fractures du col du fémur chez les aliénés déments.

Les luxations et les fractures sont bien moins communes dans les asiles qu'on ne serait tenté de le croire, ce qui tient évidemment à la surveillance exercée sur les malades. Cependant, on ne peut éviter celles qui proviennent d'une chute simple, et ce n'est, jusqu'ici, que dans ces circonstances que j'ai vu ces lésions se produire.

Je signalerai d'abord 3 cas de luxation de l'épaule chez des maniaques, tous les 3 en variété sous-coracoïdienne. Deux des malades étaient tombés de leur hauteur sur la paume de la main ; le troisième avait été légèrement soulevé de terre par un autre malade qui voulait jouer avec lui, il perdit l'équilibre et tomba également en se recevant sur la main. Les réductions faites immédiatement furent faciles, et ces malades n'ont donné lieu à aucune observation spéciale. Tous trois voulurent bien garder une écharpe pendant quelques jours et des compresses résolutives sur l'épaule, la guérison s'obtint sans complications.

Voici un fait que je crois plus curieux. Une fille Gomelé était depuis longtemps employée aux travaux de la cuisine, il lui prit fantaisie de se tuer en se précipitant de la chambre où était morte quelques mois avant une sœur qu'elle aimait, et pas autrement. Elle monte au second étage qui mesure 7 mètres d'élévation et se laisse tomber par la fenêtre après s'y être suspendue par les mains. La hauteur de la chute qui eut lieu sur le pavé fut donc encore de 6 mètres environ. Immédiatement relevée, je constatai

chez elle une forte entorse du pied gauche, une érosion de la peau au-dessous du genou gauche, une grosse bosse sanguine à la région frontale un peu à gauche. Ainsi, la malade était tombée sur les pieds, elle s'était érodé le genou en glissant le long du mur et contusionné le front qui ne frappa sur le pavé que par contre-coup. Le frottement contre le mur a dû ralentir la vitesse de la chute; si au lieu de se laisser choir, la fille Gomelé se fût jetée avec un peu d'élan, elle se fût inévitablement tuée. Quoi qu'il en soit, elle ne perdit pas même tout à fait connaissance, elle ne fut qu'étourdie, il n'y eut pas de commotion cérébrale vive. Je fis donner le soir même un lavement purgatif, puis prendre une potion opiacée; l'entorse reçut un bandage ouaté provisoire; des compresses froides furent appliquées toute la nuit sur la tête. Le lendemain, la malade avait repris toute sa connaissance, elle était et demeura sans fièvre, aussi tout traitement général devint inutile. Quelques jours après, je renouvelai le bandage et le rendis inamovible par le silicate de potasse; 15 jours après, je permettais à la malade de marcher avec son bandage que par prudence je laissai en place près de 2 mois. Il ne lui est resté aucune claudication.

Les choses se fussent-elles passées aussi simplement chez un sujet sain d'esprit? Ce qui est bien certain, c'est que la folie n'a pas été ici une cause aggravante. De plus, il est au moins permis de supposer que l'indifférence que cette fille montrait pour la vie (elle ne regrettait que d'avoir manqué son suicide), que la quiétude de son esprit sur tout autre point, l'inconscience de la gravité de sa chute, l'absence de toute préoccupation sur ses suites probables ou possibles, ont été de nature à lui éviter toute secousse morale, toute réaction nerveuse, et dès lors à éloigner toutes les complications de cet ordre qu'on était en droit de redouter à la suite d'un semblable accident. Aussi, ni fièvre traumatique, ni fièvre secondaire, ni symptômes cérébraux d'aucune sorte autre que ceux de sa folie qui s'est elle-même très-heureusement modifiée à partir de cette époque.

A cette occasion, je ferai remarquer que les lésions traumatiques des aliénés guérissent d'ordinaire facilement, ou tout au moins sans donner lieu à des symptômes réactionnels graves. Je n'ai pas de faits personnels bien concluants à citer, n'ayant jamais vu que des lésions traumatiques légères ou d'une gravité à peine moyenne; mais ces faits se rencontrent assez souvent dans les ouvrages spéciaux. Ici, c'est un lypémaniaque qui, à petits coups de ciseaux, se désarticule successivement les doigts de la main gauche; là, c'en est un qui se fait sur les membres de profondes entailles avec un tranchet. J'ai dans mon service un plâtrier qui y fut amené

après s'être largement coupé le cou avec sa truelle; grâce au peu de tranchant de l'instrument, il n'y eut guère que la peau d'atteinte. Ailleurs, c'est un jeune homme qui entre dans le foyer d'un calorifère pour devenir martyr; on le retire au plus vite, mais il est couvert de vastes et profondes brûlures; les chairs étaient même en plusieurs endroits complétement carbonisées, etc., etc., et ces malades guérissent sans qu'il survienne aucune complication sérieuse. Dans les cas les plus graves seulement, une abondante suppuration éliminatrice s'établit, mais presque sans fièvre, presque sans réaction.

Chez un grand nombre d'aliénés, la sensibilité générale est fort affaiblie, il n'est même pas rare qu'elle soit tout à fait éteinte. C'est à son obtusion qu'il faut, je crois, rapporter surtout l'absence si fréquente chez eux de toute réaction à la suite d'un traumatisme. Les malades souffrent peu, la gravité de leurs blessures ne les préoccupe point, et partant, si le sujet est dans un état de santé satisfaisant, s'il n'a point de vice constitutionnel, les réactions sont très-faibles, la fièvre est fort rare, nulle complication sérieuse ne vient d'ordinaire entraver la marche de la guérison. Il faut toutefois reconnaître que grâce aux précautions prises dans les asiles pour éviter les accidents, ceux qui s'y produisent ne sont presque jamais très-graves, et que là doit être aussi l'une des causes principales de leur heureuse et prompte terminaison.

Je passe aux fractures. J'en ai recueilli 6 cas, dont 1 du col de l'humérus, 5 du col du fémur. Il est assez remarquable que je n'en aie pas observé un seul dans la continuité de l'os.

1° Un dément (Dagonneau), âgé de 73 ans, tombe de son lit le 16 mars 1873; on le relève impotent du bras droit; le membre ne présentait aucune déformation. La fracture fut immédiatement reconnue, la crépitation étant manifeste. Une fièvre très-intense survint le jour même et emporta le malade en moins de 48 heures.

Il y avait une fracture comminutive; le col chirurgical était séparé en quatre fragments, non compris de petites esquilles restées plus ou moins adhérentes aux gros fragments. Le plus gros était interne, comprenait près de la moitié de l'épaisseur de l'os et se prolongeait sur la tête dont le quart interne faisait corps avec lui, de sorte que la tête se trouvait elle-même divisée en deux morceaux d'inégale grosseur. La moelle était rouge, très-diffluente et comme désorganisée par l'inflammation; il y avait une ostéomyélite évidente, ayant déjà donné lieu à du pus bien formé et en assez grande quantité, tant dans l'articulation qu'à son pourtour. — Forte ecchymose du bras à la partie supérieure et externe.

Cette fracture n'a point chez un vieillard le même intérêt qu'elle eût eu chez un adulte. Il est cependant à remarquer que la chute

n'avait eu lieu que d'une faible hauteur (60 centimètres); il a donc fallu une bien grande friabilité de l'os pour qu'il se brisât en autant de morceaux, pour qu'il fût broyé en quelque sorte. La disposition de l'articulation de l'épaule ne permet pas d'expliquer l'éclatement de l'os par pénétration du fragment supérieur comme dans les fractures du col fémoral, alors surtout que la chute a lieu sur le côté. Ce mécanisme n'a du reste pu être ici celui de la fracture, puisque la tête de l'os était elle-même longitudinalement divisée. — Il faut aussi remarquer la rapidité avec laquelle se sont développés les accidents inflammatoires. — Cette friabilité extrême, cette production si prompte de la suppuration doivent-elles être mises uniquement sur le compte de l'âge du malade? ou ne convient-il pas d'invoquer encore pour les expliquer une aptitude spéciale des vieux déments qui, en raison des altérations qu'a subies chez eux de longue main l'élément nerveux central, éprouveraient aussi des lésions trophiques du tissu osseux suseeptibles d'en altérer la résistance? Je reviendrai tout à l'heure sur cette question.

C'est surtout sur mes cinq cas de fracture du col du fémur que je désire appeler l'attention.

1° M. Pichon, âgé de 53 ans, se préeipite du haut d'un escalier (1er étage) dans le but de se tuer (30 oetobre 1866). Il tombe sur le côté droit et se fait une fracture du col du fémur. Je ne fus appelé que le lendemain, n'étant alors que chirurgien de l'asile. Le malade ne pouvait soulever le membre qui était dévié en dehors et sensiblement raecourci. La tuméfaction de la cuisse et surtout de la région trochantérienne était considérable, pas de crépitation bien entendu. Le volume du membre rendait toute mensuration impossible, et je ne portai pas un diagnostic précis. Un traversin fut placé sous le genou de manière à former une sorte de plan incliné; je n'avais pas de gouttière à ma disposition, et d'ailleurs, il me semblait au moins inutile de mettre un appareil qui eût plus gêné le malade qu'il ne lui eût rendu de services, si tant est qu'il l'eût supporté. — La fracture se consolida tant bien que mal, grâce peut-être à l'impossibilité absolue de faire exécuter aucun mouvement volontaire au membre. Le malade, un peu hypoehondriaque, craignait fort la douleur ou d'aggraver son état, et se tenait aussi, pour cette raison, fort tranquille dans la position horizontale. Après environ 3 mois de séjour au lit, on lui fit faire quelques pas, soutenu par un infirmier; la déambulation s'améliora peu à peu. Depuis longtemps, M. Pichon marche fort bien, il fait de longues promenades avec l'aide d'une canne, mais il boite sensiblement. Le raccourcissement définitif est de près de 3 centimètres;

2° Madame Brateau, âgée de 55 ans, grande, un peu obèse, très-belle constitution, tombe sur la hanche le 16 janvier 1877, en faisant

une ronde avec d'autres malades. Elle éprouve une vive douleur et ne peut se relever. L'impuissance du membre est complète, il n'y a que peu de déformation, point de mobilité anormale, les mouvements communiqués sont conservés mais douloureux; point de crépitation; le raccourcissement est nul. Décubitus dorsal sur un lit un peu dur, aucun appareil n'est appliqué. La malade gardera sa position, je n'en doute pas, car elle est tranquille, car tout mouvement est très-douloureux, et sa corpulence lui rend d'ailleurs très-difficile d'en faire. Des compresses résolutives et froides fréquemment renouvelées, ont été simplement appliquées sur la hanche pendant une huitaine de jours. Le lendemain de l'accident, le raccourcissement du membre était un peu plus prononcé, il augmenta les jours suivants. Plusieurs mensurations successives donnèrent tantôt 3 centimètres, tantôt 4 centimètres, une fois, je trouvai même 6 centimètres; la cuisse et la jambe étaient fortement déjetées en dehors, le talon porté en dedans; la voussure de la région trochantérienne était manifeste.

Ce ne fut guère qu'après 4 mois de repos absolu que la malade se leva; elle s'exerça d'abord à marcher à l'aide d'une chaise qu'elle poussait devant elle, puis elle prit des béquilles. Aujourd'hui, elle ne se sert plus que d'un bâton. Bien que le raccourcissement soit certainement minime, 1 à 2 centimètres tout au plus, bien que la voussure soit peu appréciable, que la jambe ne soit presque plus en dehors et qu'il se soit écoulé 18 mois, la marche devient très-pénible et très-incomplète. La malade, qui ne croit pas avoir eu de fracture, dit qu'il lui reste une faiblesse dans la jambe. Pour moi, j'ai tout lieu de croire qu'il y a eu une fracture intra-capsulaire. L'absence de raccourcissement et de déformation du membre au moment de l'accident, puis quelques jours après un raccourcissement subit, mais temporaire de 3, 4, 6 centimètres, sont des signes qui ne me paraissent guère laisser de doute sur la nature de la lésion et la variété de la fracture. La déambulation peut s'améliorer encore, mais la lenteur avec laquelle cette amélioration progresse, ce sentiment de faiblesse qu'éprouve la malade, me semblent deux motifs de plus pour admettre un fracture intra-capsulaire, car on sait que dans cette variété, la consolidation ne se fait jamais bien entièrement, que la marche reste toujours très-insuffisante et la claudication considérable, malgré le peu de déplacement des surfaces et le peu de déformation du membre.

3° Mademoiselle Blin, âgée de 32 ans, veut pousser une autre malade le 27 avril 1877, elle glisse et tombe sur la cuisse droite. Elle ne peut se relever. Douleur vive au moment de la chute; impuissance du membre qui est déjeté en dehors; forte rotation du pied, le talon se porte au-dessus de la maléole interne gauche; le rac-

courcissement est de 8 à 10 centimètres ; pas de crépitation. Malgré l'absence de ce signe, la fracture extra-capsulaire ne saurait être douteuse ; ses trois signes caractéristiques : impotence, raccourcissement, rotation externe, sont en effet des plus prononcés. Dès le lendemain, on voit poindre une ecchymose qui grandit rapidement et ne tarde pas à envahir toute la région trochantérienne. La voussure du membre est aussi très-manifeste malgré le gonflement qui est survenu.

La malade étant fort peu docile, je ne pus songer à l'application d'aucun appareil. Je me suis donc borné, comme dans le cas précédent, à l'étendre sur un lit dur et à renouveler des compresses résolutives sur la partie ecchymosée. La douleur que détermine toute tentative de mouvement et ce sentiment intime, instinctif, qu'ont alors presque toujours les malades, de n'en pouvoir faire aucun, sentiment que la folie n'abolit pas, me garantissaient suffisamment une immobilité relative. Après plus de 3 mois de lit, je permis à cette fille d'essayer quelques pas, mais elle n'avait point attendu aussi longtemps pour se lever, car plusieurs fois je l'avais trouvée assise sur une chaise au pied de son lit. Aujourd'hui, 15 mois après l'accident, elle va sautillant, s'appuyant surtout sur sa jambe gauche ; jamais je n'ai pu obtenir qu'elle se servît ni de béquilles, ni d'une canne. J'espère qu'avec le temps la marche deviendra moins imparfaite.

4° Madame Brillant, 46 ans, une démente mélancolique dont la santé était fort affaiblie par suite d'une abstinence volontaire et prolongée, fit une chute sur le parquet de sa chambre le 11 novembre 1877. Dès qu'elle fut couchée je constatai du raccourcissement de la jambe droite, sa rotation en dehors et l'impotence fonctionnelle du membre. La douleur n'était pas très-vive et le siége n'en pouvait être bien précisé par la malade qui ne paraissait souffrir que quand on imprimait au membre des mouvements communiqués, et surtout quand on tentait de le fléchir sur le bassin Comme dans le cas précédent, la malade fut simplement couchée sur le dos, et comme elle était calme son immobilité fut à peu près complète. Mais la santé générale de cette femme était mauvaise. Le 7 décembre je trouvai une petite escharre au sacrum ; elle grandit rapidement et ne tarda pas à occuper toute la région fessière. Les escharres furent lavées avec de l'eau phéniquée alcoolisée, puis recouvertes d'épais plumasseaux de charpie enduits de liniment oléo-calcaire que je préfère de beaucoup au cérat ; la malade était ensuite étendue sur une couche de son desséché au four et renouvelé chaque jour. Je ne pus limiter la gangrène ; bientôt la diarrhée survint, le ventre se ballonna, le sacrum se dénuda presque en entier, la peau se sphacéla sur

une étendue de 18 à 20 centimètres. Il y avait chaque soir un redoublement de fièvre précédé d'un léger frisson que le sulfate de quinine ne modifia point. Le 29 décembre le frisson fut plus intense et dura 2 heures: c'était le début d'une nouvelle et dernière complication; un épanchement purulent considérable se formait dans la plèvre et deux jours après la malade succombait.

L'autopsie a révélé l'existence de cet épanchement, mais par une circonstance indépendante de ma volonté et que j'ai vivement regrettée, l'autopsie de la cuisse n'a pas était faite.

5° La femme Mautandouru, 66 ans, vieille maniaque, tombée en démence depuis 12 à 14 ans, fit une chute sur la jambe gauche le 4 juin 1878 en voulant pousser ou frapper une malade. — On la relève, on la couche et l'on constate aussitôt les signes caractéristiques de la fracture du col du fémur : douleur, impotence fonctionnelle; rotation de la jambe en dehors avec légère flexion, le talon s'appuyant sur la malléole du côté sain; voussure du tiers supérieur de la cuisse, raccourcissement de 2 à 3 centimètres. — Ici le diagnostic ne paraît pas un instant douteux; du reste l'âge de la malade explique mieux que dans les deux cas précédents la nature de la lésion. Depuis sa chute la femme Mautandouru a été simplement abandonnée sur son lit, les résultats obtenus dans plusieurs des cas précédents m'ayant démontré que cette méthode en pouvait bien valoir une autre. Quelques jours après l'accident il survint une forte ecchymose; aujourd'hui, 6 semaines se sont écoulées, la douleur a presque disparu et il est impossible d'empêcher cette femme de s'asseoir à moitié dans son lit et de s'y tourner un peu, mais comme elle ne saurait encore faire de mouvements étendus elle ne cherche pas à le quitter.

L'intérêt de ces faits est surtout dans leur groupement, dans l'analogie des circonstances dans lesquelles ils se sont produits, dans celle de leur marche; chacun d'eux pris isolément n'en présenterait que fort peu. On pourrait tout au plus contester le diagnostic puisqu'il n'a pas été vérifié par l'autopsie. Je ne crois cependant pas qu'on puisse le faire très-sérieusement, car les trois signes typiques de la fracture (impotence, rotation en dehors, raccourcissement) ont toujours existé et les résultats difinitifs indiquent assez qu'elle a eu lieu. Je puis encore m'étayer ici de l'opinion de Nélaton, qui a dit que dès qu'une fracture du col était soupçonnée elle existait.

Ce qui frappe d'abord dans l'examen des quatre premiers faits, j'élimine le cinquième, c'est l'âge des malades. Pas un d'eux n'est un vieillard; deux, il est vrai, ont un peu dépassé leur cinquantième année, époque de la vie à laquelle on commence à observer des fractures du col du fémur, bien qu'elles soient encore fort rares,

mais les deux autres malades n'avaient pas encore atteint cet âge, l'une même n'avait que 32 ans. Il y a donc lieu de se demander si la folie quand elle dure depuis longtemps, et c'est ici le cas, ne constitue pas une prédisposition aux fractures, si elle n'a pas pour résultat d'anticiper la vieillesse du squelette, de déterminer avant l'âge la raréfaction des os ou leur dégénérescence graisseuse, et quant à ce qui concerne plus particulièrement le col du fémur, si celui-ci ne subit pas sous l'influence d'une démence prolongée quelques modifications spéciales analogues à celles qu'on rencontre chez les vieillards, modifications de texture qui tendent à le rendre plus friable ; aussi bien que modifications de forme dont l'effet serait de rendre l'angle que fait le fémur avec l'os coxal plus ouvert, de rendre ainsi le trochanter plus distant du bassin, comme cela semble se produire à l'âge sénile et surtout chez les femmes qui, toutes choses égales d'ailleurs, sont, on le sait, plus exposées que les hommes aux fractures du col. Ce sont là des recherches que je n'ai pu entreprendre, aussi me garderais-je de proposer une solution. Il n'en est pas moins digne de remarque que trois de mes malades relativement jeunes encore, se sont fracturé le col du fémur en faisant une simple chute de leur hauteur et que pas un autre malade dans les mêmes circonstances ne s'est fait une autre fracture ; que le quatrième, une chute d'un lieu élevé a eu le même résultat, quand c'est le plus souvent alors une fracture du corps de l'os ou une luxation qui se produit chez un adulte.

Cependant les déments ne sont pas tant s'en faut les malades les plus exposés aux chutes ou aux autres violences extérieures. Celles-ci sont bien autrement fréquentes chez les épileptiques et chez les maniaques. J'ai, comme tout le monde, vu nombre de fois les premiers tomber lourdement au moment de l'attaque, les seconds tomber dans leurs gambades, soit en courant, soit d'un lieu élevé, de dessus un banc, une chaise, etc., sans qu'aucun accident grave s'en suivît le plus souvent. J'en ai vu 3 seulement se luxer l'épaule et un certain nombre se donner des entorses plus ou moins fortes du pied ou du poignet, mais pas un se faire de fracture. Je n'ai rencontré cette lésion que chez 6 déments et tous ont eu une fracture de vieillard (5 fois celle du col du fémur, 1 fois celle du col de l'humérus) bien qu'aucun d'eux ne fût arrivé à la sénilité et que deux au moins fussent dans toute la force de l'âge. Je ne veux pas inférer de ces faits trop peu nombreux que les fractures des extrémités des os soient plus fréquentes chez les aliénés que celles de leur diaphyse. C'est là une question de statistique qui peut avoir son intérêt, mais dont les éléments font encore complétement défaut.

La question du savoir si la démence des aliénés les prédispose aux fractures et à certaines fractures plus spécialement, ne peut être aussi résolue que par des recherches ultérieures. Il est bon pourtant de rappeler à ce sujet, d'une part, que la démence des aliénés n'est au fond que la décrépitude des facultés intellectuelles, consécutive à une lésion des centres nerveux supérieurs, et que tout porte à croire que cette lésion est atrophique; d'autre part, que la sénilité n'est autre chose que l'usure de tous les tissus élémentaires de l'économie qui se raréfient et s'altèrent parce que le travail de régénération devient chaque jour de plus en plus inférieur à celui de régression, et que les facultés intellectuelles baissent alors parce que les éléments nerveux n'échappent que trop souvent à cette régression. Il y a donc un certain rapport de cause à effet entre la sénilité et la démence qui la suit. Une relation semblable ne peut-elle pas être admise entre la démence primitive et la sénilité, alors surtout qu'on voit dans les asiles le plus grand nombre des anciens aliénés porter la livrée d'une vieillesse générale précoce?

A propos d'un cas de fracture comminutive mortelle du corps de l'humérus chez un paralytique général de l'asile de Mayenne, M. Biante, interne de M. le Dr H. Bonnet, fait remarquer (*An. méd. psy.*, 1876, t. XVI, p. 351) que cette fracture n'eût sans doute pas eu lieu, ou bien eut été moins grave si le malade n'eût pas été paralytique général, se fondant, non sans raison, sur ce que la caractéristique de cette maladie est un travail de désassimilation auquel le squelette participe comme le reste de l'organisme. A ce motif, il en eût pu ajouter un autre plus décisif peut-être, c'est que chez les paralytiques généraux les troubles de la locomotion étant très-grands, ces malades sont plus exposés que d'autres à faire des chutes et que les mouvements instinctifs de défense, de préservation, ne peuvent alors se produire chez eux avec la précision désirable, ce qui doit rendre leurs chutes plus redoutables. Je ne veux pas nier pour cela l'action de la sclérose nerveuse sur la dégénérescence des divers tissus et sur la désagrégation des os, mais je crois qu'il serait exagéré d'y voir une cause trop efficace de prédisposition aux fractures, d'autant que chez les paralytiques généraux la nutrition se faisant d'ordinaire assez mal, il pourrait y avoir plutôt là une cause d'ostéomalacie ou d'ostéomyélite, affections qui ne se rencontrent guère que chez des sujets débilités. Mais il ne faut pas oublier non plus que ces maladies, sans être exclusives à la jeunesse, ne frappent pas d'ordinaire l'âge auquel on voit se développer la paralysie générale. Du reste, de ces deux affections la première est fort rare et ne saurait être considérée comme prédisposant aux fractures, bien au contraire, puisqu'elle

rend les os flexibles en les privant de leurs éléments calcaires. Quant à la seconde, qui peut s'accompagner d'abcès, de séquestres, de tubercules, etc., qui dilate les vacuoles osseuses et les canaux de Havers, qui détermine la fonte des éléments organiques, elle devient bien certainement une cause prédisposante de fracture quand elle a pris une certaine extension, puisque des malades se sont alors brisé un membre en marchant (Gosselin), en le soulevant dans leur lit (Lanceraux), spontanément même, sans qu'aucun mouvement ait eu lieu (obs. Fleury de Clermont; obs. *Société de chir.*, 18 octobre 1876). On conçoit donc que l'une des formes de l'ostéite puisse même à son origine, augmenter un peu la friabilité des os, mais il resterait à démontrer que la paralysie générale conduise à l'une des formes quelconques de cette affection.

Je ne saurais dire jusqu'à quel point la paralysie générale favorise la production des fractures par suite des altérations qu'elle détermine dans le tissu osseux ; je conçois que cela puisse être, mais il me semble que les troubles de la motilité doivent dans cette maladie contribuer pour une large part à la production de ces accidents qui sont du reste assez rares. Quant aux lésions intimes du tissu osseux elles peuvent relever de deux causes distinctes, celle signalée par M. Biante qui serait alors spécifique à la paralysie générale, et celle plus générale qui tiendrait à la démence, car les paralytiques généraux sont tous des déments. Mais les déments ne sont pas tous paralytiques et aucun de mes six déments ne l'était. Sans doute, il peut bien y avoir eu chez eux une désorganisation, une atrophie, une nécrobie des cellules cérébrales, altérations microscopiques qu'il ne m'a pas été permis de rechercher, mais ces lésions sont précisément celles de la démence sénile, tout aussi bien que celles de la démence consécutive à l'une des formes de la folie, avec cette différence pourtant qu'elles ne sont ni aussi constantes, ni aussi étendues, ni de même nature dans la démence simple que dans la démence des aliénés. Il me semble donc difficile, prématuré tout au moins, de les invoquer comme un point de départ certain des modifications successives survenues dans les éléments vaso-moteurs ou sympathiques qui président à la trophicité des tissus. Cette hypothèse qui pourra paraître déjà un peu hasardée quand il s'agit de la paralysie générale, le serait par trop s'appliquant à la démence simple, et l'on ne saurait être trop réservé dans l'admission d'une hypothèse.

Mais les faits cliniques bruts que je viens de signaler ne restent pas moins tout entiers, inexpliqués et inexplicables, il est vrai, jusqu'ici. 6 déments, dont 1 seul avait dépassé 53 ans, se sont fait six fractures de vieillard à la suite de chutes qui furent

sauf une, légères en apparence, et pendant le laps de temps où j'ai recueilli ces faits, je n'ai pas eu à constater d'autres fractures, bien qu'il y ait eu nombre de chutes plus graves en apparence chez des aliénés non déments.

La fracture du col du fémur ne guérit point sans claudication. On sait depuis les travaux de Bonnet et de son école qu'il n'en peut être autrement puisque cette fracture s'opère le plus souvent par écrasement et pénétration du fragment supérieur dans le trochanter, ce qui fait éclater celui-ci. Aussi depuis que ce mécanisme de la fracture du col est mieux connu, se garde-t-on bien d'exercer sur le membre des tractions douloureuses qui ne peuvent rien réduire, ou de soumettre les malades au supplice d'appareils extenseurs qui ne peuvent rien étendre. On se borne à placer le blessé dans la gouttière de Bonnet en corrigeant de son mieux la rotation externe, ou si l'on n'a pas cette gouttière, on se sert de quelque autre appareil fort simple que l'on peut confectionner extemporairement et qui pour être moins élégant donne à peu près les mêmes résultats : tels qu'une gouttière de zinc qu'on peut se procurer chez tous les ferblantiers, ou mieux une simple gouttière de gros carton mouillé qu'on peut imprégner d'une solution de dextrine ou de silicate de potasse. Ce carton se modèle parfaitement sur le membre, devient très-dur par la dessiccation et conserve très-bien la forme qu'on lui a donnée. La gouttière peut de plus être préparée en plusieurs valves qu'on maintient réunies au moyen d'une bande roulée ou d'un bandage de scultet. On peut toujours ainsi surveiller facilement l'état du membre fracturé. C'est cet appareil si simple et dont je n'ai encore vu la description nulle part, dont je me sers depuis de longues années en l'appropriant aux indications assez diverses qu'il peut être appelé à remplir. Il m'a surtout rendu plusieurs fois service dans le traitement de la coxalgie chez les enfants. Toutes les fractures qui n'exigent pas une extension continue sont parfaitement maintenues de la sorte, et le membre qui repose sur une couche épaisse de ouate qu'on peut au besoin renouveler, n'éprouve aucune pression. En cas de plaies à surveiller je ménage une vulve à leur niveau.

Je n'ai pas même cru devoir me servir de ce moyen chez les aliénés pour ne pas m'exposer à les exaspérer sans profit. Leur indocilité ne m'eut d'ailleurs, guère permis de les maintenir immobiles pendant la pose de l'appareil qui est assez longue et pendant la durée de la dessiccation. Je n'ai pas à le regretter aujourd'hui, car je ne pense pas que je fusse arrivé à un meilleur résultat en agissant différemment que j'ai fait. En principe, je ne vois pas qu'un appareil contenteur ait de grands avantages pour le maintien des fractures du col du fémur, l'immobilité des malades étant

presque toujours suffisamment assurée par la douleur que leur cause tout mouvement. De plus, chez les malades qui jouissent de leur raison, celle-ci intervient pour les aider à garder cette immobilité tant qu'elle est rigoureusement nécessaire. Mais chez les aliénés la pose d'un appareil quel qu'il soit, aurait dans ces circonstances non-seulement les inconvénients que je viens de signaler, mais il deviendrait presque toujours fort difficile alors de donner aux malades les soins de propreté dont ils out besoin et de surveiller la formation des escharres qui ont souvent tendance à se produire. Avec ces malades il faut simplifier autant qu'on le peut, et si on veut les garder tranquilles il faut éviter de les effrayer par le déploiement de manœuvres qu'ils ne comprennent point; il faut éviter de les toucher, presque de les regarder. Mes cinq fracturés du col fémoral ont été couchés sur une alèze et quand il me fallait les examiner je les faisais rouler tout d'une pièce sur le côté sain en relevant l'alèze; le membre malade portait ainsi sur l'autre membre qui lui servait en quelque sorte d'attelle, il n'y avait donc que très-peu de déplacement.

Sur cinq cas, trois doivent être considérés comme guéris sans plus de difformité que celle qui suit d'ordinaire ces sortes de fractures; un, encore récent, est hors de cause, il pourra guérir. Quand au cinquième qui a été suivi de mort au bout de six semaines, un appareil, bien loin d'empêcher les complications qui ont enlevé la malade, n'eût pu, par la gêne qu'il eût imposée, qu'en favoriser le développement et hâter la terminaison funeste.

Je n'ai qu'un trop petit nombre de faits pour formuler des conclusions qui ne pourraient être que prématurées; j'ai voulu seulement signaler quelques points de chirurgie et surtout de l'histoire des fractures qui me semblent être jusqu'ici restés dans l'ombre. D'autres peut-être ajouteront mes observations aux leurs et contrôlant les opinions que j'ai écrites, pourront, quand ils auront recueilli en nombre suffisant les éléments de la discussion, conclure avec une précision à laquelle je ne puis prétendre.

La séance est levée à 5 h. 25 m.

Le Secrétaire,

LANNELONGUE.

Séance du 21 août 1878.

Présidence de M. Guyon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine ; les *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, la *Gazette obstétricale*, le *Bulletin général de thérapeutique*, les *Archives de la médecine navale*, le *Recueil d'ophthalmologie* ;

2° La *Revue médicale de l'Est*, le *Lyon médical* ;

3° *Centralblatt für Chirurgie*, la *Gazette médicale Italienne-Lombarde*, *The British medical Journal* ;

4° *Observations et recherches cliniques relatives à l'influence de la tension artérielle puerpérale sur la marche des maladies et à l'état de la circulation pendant les suites de couches*, par le Dr Léon Dumas, chef de clinique obstétricale de la Faculté de Montpellier ;

5° *De l'entérotomie*, par M. le Dr Surmay, membre correspondant de la Société de chirurgie ;

De l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires ;

De la fonction et du fonctionnement des valvules auriculo-ventriculaires ;

Exposé dogmatique et critique, par le même auteur.

M. le Président annonce que M. Longmore, chirurgien général de l'armée anglaise, membre associé étranger, assiste à la séance.

A l'occasion du procès-verbal, la parole est demandée par :

M. Desprès. Je regrette de n'avoir pas pu assister à la séance précédente, car j'aurais désiré répondre à MM. Marjolin et de Saint-Germain, qui pensent que les pseudarthroses chez les enfants ne sont pas aussi rares que je l'ai dit.

J'ai surtout appelé l'attention sur le nombre restreint des observations de pseudarthroses recueillies chez des enfants.

Je crois qu'il serait nécessaire que nos collègues voulussent bien préciser à quelle époque de la fracture ils ont observé leurs petits malades.

Chez les rachitiques ou chez des enfants en proie à une fièvre grave, la consolidation se fait lentement, il y a là un retard de la

consolidation qu'il ne faut pas confondre avec une pseudarthrose ; aussi je crois que l'on ne doit pas parler de pseudarthrose pour des fractures qui ne datent pas au moins d'un an. Lorsqu'on nous parle de fracture remontant seulement à 6 ou 7 mois, il n'y a là, à proprement parler, qu'un retard de la consolidation.

M. de Saint-Germain. Je puis répondre d'une façon précise à M. Després pour deux de mes petits malades. Je les ai suivis pendant 16 ou 18 mois soit à ma consultation soit à la consultation d'orthopédie où ils venaient chercher des appareils prothétiques. Nous savons tous combien ce genre de malades change souvent de chirurgiens, aussi est-il difficile de pouvoir les suivre longtemps.

M. Després. Le retard de la consolidation peut tenir à un manque de soin des parents ou à un appareil mal appliqué, aussi suffit-il d'arriver à un moment opportun pour obtenir la guérison.

Ce sont ces raisons qui me font admettre que les véritables pseudarthroses sont rares, mais je suis loin de les nier.

Lectures.

I.

M. le Secrétaire général donne, au nom de M. Poinsot, de Bordeaux, membre correspondant, lecture d'une observation intitulée :

Anévrysme traumatique de l'artère occitipale.— Hémorrhagie grave consécutive à l'ouverture spontanée. — Compression périphérique. — Guérison.

G..., âgé de 79 ans, fit, le 15 octobre 1876, une chute dans laquelle la partie postérieure de la tête porta sur l'angle très-aigu d'une marche d'escalier. Le cuir chevelu fut divisé par la violence du coup, et une hémorrhagie abondante se déclara. Le Dr Durand, appelé aussitôt, eut recours au perchlorure de fer dont il aida l'action hémostatique par une compression vigoureuse. Sous l'influence de ces moyens, l'écoulement de sang ne tarda pas à s'arrêter et le malade put être abandonné, avec la recommandation de laisser le pansement en place pendant plusieurs jours.

Le 26 octobre, le Dr Durand, revoyant le malade, constatait, au niveau du point blessé, l'existence d'une tumeur pulsatile, ayant le volume d'une petite noix, les battements étaient isochrones à ceux du pouls et l'auscultation faisait percevoir un bruit de souffle fort net. En présence de ce cortége de symptômes, qui ne pouvaient laisser de doute sur la nature anévrysmale de la lésion, le Dr Durand ne dissimula pas à la famille la nécessité probable d'une intervention et réclama les conseils d'un chirurgien ; mais satisfaits du résultat obtenu, les

parents du malade n'accordèrent que peu d'importance à l'avis qui leur était ainsi donné, et laissèrent G... reprendre bientôt son genre de vie habituel.

Le 8 novembre, dans la soirée, le Dr Durand était monté en toute hâte auprès de G... pour une hémorrhagie violente qui venait de se déclarer. Il apprenait alors que, depuis quelques jours, la blessure primitive avait paru s'enflammer ; le malade avait éprouvé des douleurs assez vives ; une suppuration légère s'était établie ; dans la journée un peu de sang s'était mêlé au pus, puis, tout à coup, un flot de sang avait jailli et le malade en avait été inondé en peu d'instants. Le Dr Durand, après avoir vainement essayé le perchlorure de fer qui lui avait si bien réussi dans une première occasion, exigea qu'on lui adjoignît un confrère et me fit l'honneur de me désigner.

A mon arrivée, l'hémorrhagie continuait avec une grande abondance ; le sang s'écoulait en saccades par une plaie triangulaire existant au niveau et en dehors de la protubérance occipitale externe, du côté gauche, et marquant le centre d'une sorte de petite tumeur. Les renseignements fournis par mon confrère établissaient évidemment qu'il s'agissait d'une hémorrhagie consécutive à la rupture d'un sac anévrysmal, et, dans cette région, l'occipitale seule ou une de ses deux branches de terminaison pouvait avoir un volume susceptible d'expliquer les proportions de l'hémorrhagie.

Mon examen était à peine terminé que le malade, demeuré assis jusqu'à ce moment, tomba en syncope et fut agité de convulsions générales. Je l'étendis aussitôt sur le sol et ne pus qu'à grand'peine lui faire reprendre ses sens. Mais, dès le retour de la connaissance, l'hémorrhagie, qui avait paru se modérer, reprit avec une intensité nouvelle. La compression sur le trajet de l'occipitale, c'est-à-dire entre la plaie et l'apophyse mastoïde, parut un moment la diminuer, mais ce résultat ne fut que momentané, et le sang se fit jour de nouveau.

Je songeai alors à exercer tout autour de la plaie une compression énergique mais limitée ; et, dans ce but, j'employai un anneau de métal (de ceux qui servent à suspendre les rideaux de croisée). Je le garnis soigneusement avec un ruban de fil, de manière à faire disparaître l'inconvénient de bords trop tranchants. Cet anneau mesurait quatre centimètres de diamètre et comprenait exactement dans sa circonférence la plaie et la tumeur qui lui servait de base. Cet anneau mis en place et maintenu par une légère pression, l'hémorrhagie s'arrêta.

La compression fut continuée pendant 48 heures par MM. Grégory et Peyre, internes de l'hôpital Saint-André, se remplaçant toutes les heures. Elle était du reste aisée à maintenir exacte, car il suffisait de faire coucher le malade dans le décubitus latéral, sur le côté correspondant à la plaie, et le poids de la tête fournissait la pression nécessaire. La main de l'aide ne servait plus qu'à garder en place l'anneau compresseur.

A aucun moment il n'y eut le moindre écoulement sanguin. Au bout de douze heures, j'enlevai les caillots qui obturaient la plaie et remplissaient la tumeur.

Lorsque la compression fut suspendue, toute tuméfaction avait disparu et la plaie était en grande voie de cicatrisation.

Le malade est demeuré guéri de son anévrysme ; il a succombé en août 1877 à une pneumonie.

La rareté des anévrysmes de l'occipitale, le résultat obtenu à l'aide de la compression, la simplicité du moyen mis en usage m'engagent à porter cette observation devant la Société.

M. Timothy Holmes, dans l'article *Aneurisme* de son *System of surgery*, déclare n'avoir connaisance d'aucun cas d'anévrysme de l'occipitale[1]. M. Broca demeure également muet sur ce point. Cependant M. Chassaignac rapporte [2] d'après Lisfranc, deux observations empruntées à Lombard et à Cisset. A ces faits il faut en joindre un troisième de Giehrl, cité par Follin[3]. M. Le Fort[4] donne aussi une observation de Novris, relative à un anévrysme de l'occipitale ayant nécessité la ligature de la carotide primitive, mais l'inexactitude de l'indication bibliographique ne m'a pas permis de vérifier sur quel point de l'artère siégeait la lésion. Enfin Olivarès, de Valladolid[5], et Rizzoli, de Bologne[6], ont rapporté chacun une observation d'anévrysme traumatique; même lo fait du professeur italien offre avec le mien une exacte ressemblance, car ce fut après l'arrêt d'une hémorrhagie primitive que se développa la tumeur anévrysmale.

Lombard, ayant pris l'anévrysme pour un abcès, en pratiqua l'ouverture, et, s'apercevant de son erreur, lia heureusement l'artère. La même pratique fut suivie, et avec un succès analogue, par Olivarès : cette fois encore, une erreur de diagnostic avait été commise et on avait cru à une tumeur encéphaloïde. Cisset employa la méthode ancienne et obtint aussi un succès. Cette conduite parut d'abord à Rizzoli le plus sûr moyen de guérison, mais il voulut auparavant essayer de la compression directe combinée avec la compression digitale de la carotide primitive. Au bout de cinq jours, tout battement avait disparu dans la tumeur.

Je citerai encore, au point de vue du mode d'hémostase employé, un fait dans lequel Mac Raë, chirurgien de l'armée anglaise aux Indes, lia l'occipitale pour une hémorrhagie secondaire ayant son point de départ dans une plaie de la région postérieure de la tête [7]. Rizzoli dans deux cas analogues, arrêta l'hémorrhagie à l'aide de l'occipressure.

Par une bizarrerie singulière, malgré cette condition d'un plan résistant offert par les os du crâne, condition si favorable à l'établissement d'une compression efficace, les chirurgiens que je viens de citer, sauf Rizzoli, n'ont point eu recours à ce moyen. La raison de cet

1 *System of surgery*, t. III, 1870, p. 591.

2 *Des tumeurs de la voûte du crâne*, th. de concours, 1848, p. 121.

3 *Traité élém. de pathol. externe*, t. II, p. 418.

4 Art. CAROTIDE du *Dict. encyclop.*, Ire série, t. XII, p. 677 (tableau).

5 *L'Imparziale*, 10 setl. 1863.

6 Rizzoli, *Clinique chirurgicale*, appendice, p. 5.

7 *The Lancet*, 1850, t. II, p. 649.

abandon est facile à comprendre : d'abord la compression directe ne peut être aisément maintenue, parce que la forme arrondie de la tête favorise le déplacement des appareils compresseurs, et en outre ces appareils exercent, sur tous les points avec lesquels ils sont en contact, une pression toujours douloureuse et que le malade déclarera souvent intolérable. Quant à la compression indirecte, la richesse de la région en anastomoses artérielles la rend insuffisante, lorsqu'elle s'exerce seulement sur le tronc du vaisseau. Pour que l'hémostase soit complète, l'action compressive doit s'exercer tout autour du point où le vaisseau a été lésé, et jusqu'à présent il ne me semble pas que l'on eût songé à employé cette *compression périphérique*. Il est cependant évident qu'un tel procédé est bien autrement simple que les injections coagulantes, la suture entortillée, ou une ligature artérielle. Il m'a même permis, chez mon malade, de vider entièrement la poche anévrysmale de ses caillots et de ramener le cas à une simple plaie d'artère.

II.

M. le Secrétaire général donne, au nom de M. Chauvel, membre correspondant, lecture de l'observation suivante :

Chute sur la paume de la main. — Luxation du coude en arrière, incomplète : fracture de la trochlée ?

Le diagnostic des lésions traumatiques du coude présente bien souvent de grandes difficultés. Le gonflement rapide et considérable de la région , rend l'exploration pénible en même temps que délicate, la mensuration et le palper, avec quelque soin qu'on les pratique, ne permettent pas toujours d'éviter les erreurs.

N'y a-t-il qu'une simple contusion ? Y a-t-il luxation ou fracture articulaire, ou tout à la fois luxation et fracture ? Quelle est la nature précise du déplacement ? Autant de questions qu'il importe de résoudre, et de résoudre le plus tôt possible, car la thérapeutique en dépend.

Bien plus, il arrive parfois que même après la disparition du gonflement, même alors que les saillies osseuses se trouvent placées pour ainsi dire immédiatement sous les doigts, les lésions restent encore douteuses et le diagnostic en suspens.

Dans son excellent article Coude du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, notre collègue et ami M. Pingaud, professeur-agrégé à l'Ecole du Val-de-Grâce, a traité d'une façon aussi originale que magistrale, cette difficile question des luxations du coude.

M'occupant précisément de ce sujet, je remarquai spécialement les excellentes raisons sur lesquelles s'appuie ce chirurgien distingué, pour mettre en doute, je pourrais dire, pour nier d'une manière absolue, les déplacements isolés de l'extrémité supérieure

du cubitus en arrière. Dans l'observation que je vais rapporter en détail, j'avais cru, justement, avoir affaire à une de ces luxations isolées. Les complications survenues au bout de quelques jours, m'inspiraient déjà des doutes sur la certitude de mon diagnostic. Au moins, la lésion n'était-elle pas aussi simple que je l'avais pensé tout d'abord. Je suis donc revenu à la charge, j'ai chaque jour examiné l'état des parties, j'ai fait examiner le blessé par tous mes collègues, j'ai palpé et mesuré, et malgré tout je reste encore dans le doute. Les erreurs de diagnostic étant toujours profitables, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de publier le fait, surtout en raison des résultats peu favorables qu'à donnés l'intervention immédiate.

Rengrain, soldat au 4e zouaves, entre à l'hôpital militaire d'Orléansville, salle 2, n° 5, le 12 février 1878. C'est un homme de 23 ans, très-fortement musclé. Dans la nuit, vers 1 heure du matin, en descendant rapidement un escalier, les deux pieds lui manquent à la fois. Il cherche à se rattraper à la rampe avec la main droite, mais n'y parvient pas, et tombe en arrière, sur la paume de la main gauche, le bras dans l'extension complète et l'avant-bras dans la supination forcée. Il ressent un claquement dans le coude gauche, et, se relevant, constate qu'il lui est impossible de plier le bras. Violentes douleurs dans le reste de la nuit, impuissance du membre.

Rengrain est conduit à l'hôpital, 8 heures après l'accident, par le médecin du corps, qui croit à une luxation du coude. Le bras est dans l'extension incomplete, l'avant-bras en supination. Déjà le coude est le siége d'un gonflement considérable, tout mouvement spontané est rendu impossible par la douleur.

Ce qui frappe à la vue, c'est l'augmentation du diamètre antéro-postérieur de la région. Le bec de l'olécrâne fait en arrière une saillie considérable, et le triceps décrit une courbe à concavité postérieure très-accentuée. En avant, la saillie de l'extrémité inférieure de l'humérus est en partie masquée par le gonflement, le pli du coude paraît descendu. Le diamètre transversal est sensiblement le même des deux côtés.

Tous les mouvements imprimés sont impossibles, sauf l'extension que l'on peut exagérer, et la rotation dont la persistance nous frappe immédiatement.

Par le palper nous constatons que l'olécrane est remonté au-dessus du niveau des tubérosités humérales, et la mensuration, de l'angle postérieur de l'acromion au sommet de l'apophyse olécrânienne, témoigne d'un raccourcissement très-léger, ne dépassant pas un centimètre et demi.

L'épicondyle et l'épitrochlée nous semblent avoir conservé leurs rapports mutuels ; la mensuration du sommet de ces apophyses aux apophyses styloïdes du radius et du cubitus, donne également un léger raccourcissement.

Cependant la tête du radius ne fait en arrière aucune saillie appréciable; en imprimant à la main des mouvements de rotation, on la sent rouler sous le doigt, à sa place habituelle, en dedans de l'épicondyle. Le fait est constaté, après nous, par plusieurs de nos collègues.

Tout mouvement anormal de latéralité est impossible, et pendant l'examen, nécessairement assez long, aucune crépitation osseuse ne s'est fait sentir.

Le diagnostic de luxation incomplète du cubitus seul en arrière, me paraît indiscutable. Je notai cependant que le bord interne de l'olécrâne, paraissait un peu plus rapproché de l'épitrochlée, que cette apophyse était moins saillante, et je me demandai si le cubitus n'était pas légèrement déplacé en dedans. La persistance des mouvements de rotation de l'avant-bras, était moins aisée à comprendre, mais je n'y insistai pas.

La luxation était-elle simple? L'absence de toute crépitation, de tout mouvement anormal ne permettait pas d'en douter. Ayant mieux étudié la question, j'aurais sans doute hésité davantage à me prononcer immédiatement, j'aurais insisté pour bien constater la hauteur du pli du coude, la forme et la position exacte de la saillie osseuse antérieure, les rapports de la tête du radius et de l'épicondyle, la longueur exacte du bord externe de l'avant-bras, l'état du poignet, la direction relative des axes du bras et de l'avant-bras, etc. Ce sont là bien des lacunes, et je m'en suis aperçu depuis.

Immédiatement je procédai à la réduction. Faisant fixer par un aide la partie inférieure du bras, je saisis d'une main l'avant-bras du patient, pendant qu'avec les doigts de l'autre main je pressai sur l'olécrâne et l'attirais en bas. A dessein, j'exagérai un peu l'extension de l'avant-bras, et tirai lentement et progressivement dans cette direction. Un soubresaut m'avertit que les surfaces articulaires étaient remises en place, et aussitôt je portai l'avant-bras dans la flexion complète, amenant la main au contact du moignon de l'épaule. La déformation avait disparu, tous les mouvements imprimés s'exécutaient aisément et sans crépitation, les saillies osseuses avaient repris leurs rapports. Je m'applaudis de la facilité de la réduction, quoique un peu surpris du faible effort qu'elle avait exigé. C'était ma première luxation du coude. Je fixai l'avant-bras dans la flexion, la main sur l'épaule saine, le membre fixé au corps par une bande et une écharpe. Eau blanche en permanence.

26 *février*. — Les premiers jours je laissai le malade au repos, puis j'imprimais à l'article des mouvements que je cherchais à étendre peu à peu. Le treizième jour, le gonflement était encore considérable. En dedans de la région, ecchymose très-étendue et épanchement de sang qui masque les saillies osseuses et ne permet pas de se rendre un compte exact de l'état des parties. Malgré les exercices, les mouvements spontanés sont très-limités, les mouvements imprimés très-douloureux, au delà d'un certain degré de flexion ou d'extension.

2 *mars*. — Les mouvements sont toujours très-douloureux. L'extension est incomplète, la flexion dépasse à peine l'angle droit, la rotation

de l'avant-bras s'exécute seule avec facilité. Depuis quelque temps, cet état du membre commençait à m'inquiéter. Je me demandais si la réduction avait été bien complète, si je n'avais pas méconnu quelque complication. L'absence de crépitation, de mobilité anormale repoussait toute idée d'une fracture articulaire. Au bout de 15 jours, un consolidation osseuse n'était pas chose probable. D'un autre côté, la mensuration, la vue, le toucher, ne laissaient pas constater un déplacement notable des surfaces articulaires. Le radius d'un côté, l'olécrâne de l'autre, me semblaient bien en place. Seulement à la partie antérieure et interne de la région au-dessus du pli du coude, en dedans du biceps et sur le trajet de l'humérale, je sentais une tuméfaction notable, mal limitée, très-dure, dont je ne pouvais me rendre un compte précis. Était-ce le résidu solide d'un épanchement de sang, une saillie osseuse ou bien un de ces dépôts plastiques péri-articulaires dont Malgaigne a signalé la fréquence?

6 *mars*. — A mesure que diminue le gonflement et malgré des exercices journaliers, les mouvements spontanés et imprimés sont plus pénibles et moins étendus. L'extension, quoique douloureuse, se fait assez complétement. La flexion plus possible ne dépasse pas l'angle droit. A la partie antérieure en dedans du biceps, on sent une tumeur dure, chaque jour mieux limitée, dont la forme est celle de la trochlée humérale. D'un autre côté, l'épitrochlée est moins saillante que normalement et l'olécrâne en semble légèrement rapproché. Cependant l'apophyse olécrânienne ne dépasse pas en hauteur les tubérosités humérales, et ne fait aucune saillie en arrière, le biceps est bien accolé à l'humérus. Aucun mouvement ne détermine de crépitation. Dans ces conditions je me décide à faire endormir le blessé. Mais l'anesthésie ne rend ni l'exploration plus nette, ni les mouvements de la jointure plus aisés. Faisant maintenir le bras par un aide je tire sur l'avant-bras en exagérant l'extension, rien ne bouge. J'essaie de la flexion forcée sur le genou, sur un corps solide placé dans le pli du coude, pas plus de résultat. Je ne suis pas plus heureux, en faisant pratiquer les tractions par un aide robuste, un de mes collègues, doué d'une grande vigueur, pendant que je presse directement sur les os. Pour me rendre compte de la nature de la saillie antérieure et interne, que je suppose être la trochlée humérale, je recours au procédé indiqué par Malgaigne. Une épingle est enfoncée perpendiculairement dans cette saillie, elle y pénètre sans difficultés. Craignant que l'épingle n'ait dévié de sa route, je fais répéter l'exploration par le médecin du corps, le résultat est le même. Le diagnostic reste douteux.

10 *mars*. — Cependant le temps presse, il faut agir pour que l'intervention ne devienne pas inutile. Mes collègues de l'armée sont convoqués. L'impossibilité de la flexion au delà de l'angle droit, l'absence de crépitation, la présence d'une saillie arrondie d'une dureté osseuse, à la partie interne et antérieure du pli du coude, au niveau et un peu au-dessous de ce pli, les font pencher vers l'idée d'une luxation incomplète du cubitus en arrière. Une fois de plus on s'assure que la tête du radius roule sous le condyle, et ne fait aucune saillie postérieure, que les

mouvements de rotation de l'avant-bras s'exécutent normalement. Une dernière intervention est résolue.

12 *mars*. — Je fais de nouveau constater que l'épitrochlée ne fait pas en dedans du bras sa saillie habituelle; qu'une épingle pénètre facilement dans la tumeur dure que l'on suppose être la trochlée humérale; que les mouvements de flexion paraissent arrêtés par le contact du cubitus avec cette tumeur; que cette saillie est située très en avant et presque à la même hauteur que l'apophyse épithrochléenne. Le malade endormi, je fixe le bras à un des montants du lit pour la contre-extension. L'extension est faite par deux aides vigoureux à l'aide d'un drap attaché à l'avant-bras au-dessus du poignet. Les moufles ou l'appareil de Jarvis seraient préférables, mais je ne les possède pas.

Les tractions sont d'abord pratiquées dans le sens de l'extension. On obtient assez facilement l'extension complète, mais les os restent immobiles. Je fais tirer un peu obliquement en dehors, pour agir davantage sur le cubitus, en fléchissant ce membre sur son bord externe, pendant que je surveille et agis directement sur l'olécrâne pour l'abaisser, sur la trochlée pour la relever; aucun résultat.

Les tractions pratiquées sur la partie supérieure de l'avant-bras fléchi à angle droit et maintenu dans cette position n'ont pas plus de succès. Enfin la flexion forcée sur le genou, sur un corps solide placé dans un pli du coude reste également inutile. Aucune crépitation n'a été perçue pendant ces essais répétés de réduction.

30 *mars*. — Ces tentatives ne sont pas suivies de réaction. L'état de la jointure reste le même, et le massage, les frictions, les douches, les exercices journaliers sont les seuls moyens employés jusqu'au 9 avril, où le malade est dirigé sur les eaux thermales d'Hamman. (Rhin.)

Juin. — Après un séjour de six semaines aux eaux thermales, après un traitement consistant essentiellement en bains et en douches locales, *Rengrain* rentre à l'hôpital absolument dans le même état qu'à son départ. De nouveau la question diagnostique demande à être élucidée. Il n'y a plus ni gonflement ni douleur, la jointure est aisément accessible, l'exploration facile. Voici le résultat de mes examens répétés.

Le membre pendant le long du corps, l'avant-bras forme avec le bras un angle de 135°. La main est en demi-pronation, le pouce en avant. Déformation peu apparente en arrière ; l'olécrâne n'est pas saillant, l'épicondyle est moins saillant, le biceps moins large que du côté sain. Vu par sa face antérieure, la main en supination, le coude plus déformé. En dedans du biceps, au-dessus du pli, saillie volumineuse qui soulève la peau du côté interne du bras à hauteur et en avant de l'épitrochlée.

Les mouvements spontanés sont limités, pour l'extension à 135°, pour la flexion à 90° environ. Les mouvements de rotation de l'avant-bras s'exécutent normalement.

Les mouvements provoqués sont à peine plus étendus. L'extension

est limitée à 135° et produit à ce moment de la douleur au pli du coude. La flexion peut être poussée à 85° environ, mais plus loin elle occasionne une douleur violente vers la région olécrânienne. Quand on fléchit brusquement l'avant-bras, le mouvement paraît arrêté par le choc, la rencontre de deux corps durs, dans le pli du coude, mais on ne perçoit ni frottements ni craquements.

Le membre blessé est légèrement atrophié, comme l'indique la mensuration des circonférences.

	Côté sain.	Côté malade.
Bras sous l'aisselle	0m,30	0m,29
Bras, partie moyenne........ .. .	0m,32	0m,28
Avant-bras, pli du coude....... .. .	0m,29	0m,28
Avant-bras, tiers supérieur	0m,28	0m,27

L'atrophie musculaire porte surtout sur le bras et plus particulièrement sur le triceps. L'avant-bras est beaucoup moins affecté.

La force musculaire est assez grande, mais l'élévation des objets lourds un peu douloureuse. Aucune gêne dans les mouvements de la main et des doigts, les muscles répondent énergiquement à la faradisation. La sensibilité est intacte.

Nous avons constaté que la circonférence du membre sain au niveau du pli du coude (0m,27), était inférieure de 1 centimètre à celle du membre blessé. Cependant le compas d'épaisseur donne une longeur égale pour le diamètre antéro-postérieur, aussi bien que pour le diamètre transverse des deux côtés.

Dans la position d'extension à 135° la mensuration pratiquée avec un ruban métrique donne les longueurs suivantes :

	Côté sain.	Côté blessé.
Bords postérieurs de l'acromion à l'épitrochlée...	0m,33	0m,32
— à l'épicondyle ...	0m,30	0m,30
— au sommet de l'olécrâne..................................	0m,31	0m,30
De l'épicondyle à l'apophyse styloïde du radius...	0m,23	0m,22
De l'épitrochlée à l'apophyse styloïde du cubitus.	0m,24	0m,22

Le compas d'épaisseur accuse également un raccourcissement d'environ 2 centimètres des apophyses styloïdes cubitale et radiale à l'épitrochlée et à l'épicondyle du côté blessé.

Dans la flexion à angle droit, on ne constate aucune différence des deux membres pour la distance qui sépare le bord postérieur de l'acromion de l'épitrochlée, de l'épicondyle et du sommet de l'olécrâne. Dans la même position le ruban métrique accuse un raccourcissement de 2 centimètres environ, pour le bras blessé, des apophyses styloïdes radiale et cubitale au sommet de l'épicondyle et de l'épitrochlée. Du pli du poignet au pli du coude, la distance est la même des deux côtés. En résumé : la mensuration dénote un raccourcissement de 2 centimètres pour le bord interne de l'avant-bras malade, un raccourcissement un peu moindre pour le bord externe.

Les deux avant-bras dans la flexion à angle droit, si l'on examine le

coude par derrière, la forme de la région est la même des deux côtés. Au compas d'épaisseur, largeur égale. Le sommet de l'olécrâne est un peu au-dessous de la ligne épitrochlée-épicondilienne, sur les deux membres. L'olécrâne n'est pas plus saillant en arrière au coude gauche, pas de dépression au-dessus de son bec, le doigt rencontre immédiatement la face postérieure de l'humérus. Peut-être le bord interne de l'olécrâne est-il un peu plus rapproché de l'épitrochlée, que le bord externe ne l'est de l'épicondyle, mais la différence n'est appréciable ni au toucher, ni à la mensuration. Mais à droite, côté sain, le doigt porté sur le sommet de l'épitrochlée, puis sur le bord antérieur de cette éminence, tombe dans une dépression profonde et s'arrête sur la face antérieure de l'apophyse. A gauche, au contraire, tout près du bord antérieur de l'épitrochlée, le doigt rencontre un véritable sillon, puis immédiatement une partie dure lisse, saillante en dedans, arrondie, qui se porte directement en avant.

Si l'on examine le coude gauche par sa face antérieure, la vue est immédiatement frappée par cette saillie qui masque l'épitrochlée. Placée en dedans du biceps, lisse et arrondie en avant, offrant en dedans une arète vive, qui se continue de ce côté avec une facette presque plane, elle se prolonge en bas jusqu'au pli cutané du coude. En arrière elle est séparée de l'épitrochlée qu'elle cache par un sillon profond, une rainure où se loge la pulpe du doigt. En pressant fortement, il semble toutefois que la continuité de l'os n'est pas complétement interrompue entre ces deux éminences osseuses. En haut, comme en dehors, la saillie anormale se perd en s'arrondissant dans la profondeur du bras, sans présenter de bord net, mais sans qu'il soit possible de la suivre jusqu'au corps de l'humérus La pression en ce point est encore assez douloureuse.

Tout au contraire, il est facile en remontant du sommet de l'épitrochlée le long du bord interne de l'humérus, de constater que la continuité de l'os, n'est pas interrompue de ce côté. Il en est de même pour le bord externe de l'humérus et de l'épicondyle.

La saillie osseuse antéro-interne est complétement indépendante par rapport aux os de l'avant-bras. Elle reste complétement immobile dans ses mouvements de flexion et d'extension et paraît être le centre de ces mouvements de charnière. Au-dessus d'elle est une dépression profonde où le doigt n'arrive pas à sentir l'apophyse coronoïde du cubitus.

Au côté externe de l'article, on sent tourner sous le doigt la cupule du radius. Elle ne fait saillie ni en avant ni en arrière, tout au plus serait-elle un peu déjetée en dehors, un peu rapprochée de l'épicondyle.

Pas de déformation du poignet gauche. Les apophyses styloïdes radiale et cubitale ont conservé leurs rapports, la main n'est pas inclinée sur le bord radial.

Quelle est la lésion anatomique qui a produit une telle déformation ? Y a-t-il eu luxation ? Y a-t-il eu fracture articulaire ? Ou bien y a-t-il eu luxation et fracture en même temps ? La difformité actuelle est-elle

le résultat d'une luxation incomplétement réduite ou d'une fracture vicieusement consolidée?

L'existence d'une luxation incomplète du coude en arrière, soit du cubitus seul, soit des deux os à la fois, me paraît difficile à mettre en doute. La saillie si prononcée de l'olécrâne, la dépression profonde qui surmontait le sommet de cette apophyse, l'impossibilité des mouvements imprimés, le raccourcissement plaident en faveur de la luxation. La conservation des mouvements de rotation de la main, indique presque avec certitude que le radius avait suivi le cubitus dans son déplacement.

Mais l'état actuel des parties me paraît démontrer qu'il y a eu également fracture articulaire, fracture que l'absence de crépitation et le gonflement ont fait méconnaître. Les rapports anormaux de l'épitrochlée et de cette saillie osseuse antéro-interne qui ne peut être que la trochlée humérale, sont pour moi une preuve de fracture avec déplacement. A dire vrai, la fracture est même, aujourd'hui, le seul fait qui s'impose pendant que l'existence d'une luxation est parfaitement discutable. Les résultats si peu sûrs de la mensuration, ne peuvent jamais être opposés aux déformations constatées par le toucher. La trochlée humérale a été séparée de l'épitrochlée en dedans, celle-ci restant en continuité avec l'humérus.

L'existence d'une seconde fracture entre la trochlée et le condyle n'est pas démontrée par la palpation, mais le déplacement du fragment trochléen la rend à peu près certaine. Ce fragment a subi autour de son bord externe un mouvement de rotation qui l'a porté en avant par son bord interne, en même temps qu'il était poussé en dedans et en haut. Nécessairement le cubitus a suivi ce mouvement tout en conservant ses rapports avec le radius. De là l'élévation légère de l'olécrâne et le raccourcissement de l'avant-bras. Je n'insiste pas sur cette hypothèse, je livre le fait à la discussion en appelant les éclaircissements de plus expérimentés que moi.

Discussion.

M. Berger. Il est difficile de pouvoir répondre à la question de M. Chauvel, puisque nous n'avons pas vu le malade, mais j'ai observé, à la suite d'une luxation du coude, une déformation qui né peut induire en erreur. Je l'ai rencontrée dans deux cas de luxation du coude observée chez des enfants.

Sur le premier, la réduction avait été suivie d'un gonflement externe. Lorsque le gonflement général disparut, je constatai au niveau de la trochlée une tumeur qui me fit croire à une fracture de la trochlée, méconnue au moment de la réduction. En examinant comparativement les deux bras, je pus constater que cette tumeur n'était autre chose que la trochlée devenue visible par suite de l'atrophie des muscles épitrochléens. Je soumis les muscles de cette région à des courants continus, 12 éléments Trouvé, les muscles reprirent du volume et la déformation disparut.

Dans le second cas, je vis, quelque temps après la réduction, cette même saillie apparaître, mais, chez ce malade, l'atrophie se produisit plus lentement.

Dans l'observation de M. Chauvel, il y a dû avoir une lésion du squelette, puisqu'il y avait raccourcissement, mais je ne serais pas éloigné d'admettre qu'il y eut aussi atrophie du groupe musculaire qui ait augmenté la déformation.

Présentation d'instruments.

M. Tarnier présente au nom de M. *Pierre Thomas*, interne provisoire, un embryotome.

J'ai présenté, il y a quelques mois, à la Société de chirurgie, un nouvel embryotome, dans lequel je parvenais à sectionner le fœtus avec une scie à chaîne, agissant de haut en bas. Cet instrument, dont l'idée était bonne, avait l'inconvénient d'être un peu compliqué et en outre, d'être d'un prix un peu élevé.

M. Pierre Thomas, après avoir examiné le mécanisme de cet instrument, a cru pouvoir le modifier avantageusement, et c'est ce nouvel embryotome que je viens vous présenter.

Il se compose de deux branches, l'une, qui est placée derrière l'enfant, est courbe et peut s'appliquer dans la concavité du sacrum ; la seconde, qui est appliquée en avant, est droite.

Ces deux branches s'articulent au moyen d'une vis et, à l'extrémité, se trouve un fer à cheval qui réunit solidement les deux branches. Lorsque l'instrument est fermé, les extrémités supérieures des deux branches se touchent, or comme il serait à craindre que la peau puisse se prendre entre les branches, M. Thomas a donné un petit mouvement latéral qui permet de chasser la peau, qui pourrait être prise.

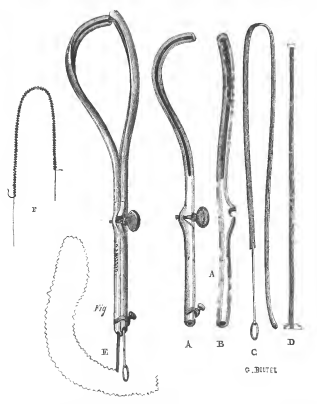
A la face interne des branches, se trouve un canal ouvert, dans lequel doit être introduite la scie destinée à couper le fœtus. L'introduction de la scie se fait de la manière suivante : dans la cannelure de la tige antérieure, on introduit une tige de baleine ; arrivée à l'extrémité de la branche, cette tige passe dans la cannelure de la branche postérieure et vient ressortir à l'extrémité extérieure de la branche postérieure. On passe, dans une fenêtre placée à l'extrémité de cette baleine, la scie, et, retirant la baleine en sens inverse, la cannelure des deux branches se trouve occupée par la scie.

Cette scie mérite une description spéciale, car elle est tout à fait nouvelle.

Pour pratiquer l'embryotomie, M. Pajot avait proposé d'em-

ployer une ficelle que l'on nomme fouet, mais cette ficelle peut se casser, si elle rencontre un os.

M. Pierre Thomas se sert aussi de fouet, mais il le recouvre par un fil de fer en spirale; grâce à ce recouvrement, on obtient une



corde analogue à une corde de piano, avec laquelle on peut déployer une véritable force.

Une fois le fil passé dans ce canal, il suffit d'un mouvement de va-et-vient pour sectionner le fœtus de haut en bas.

Pour être sûr que la baleine, après avoir traversé la cannelure de la branche antérieure, s'introduit bien dans celle de la branche courbe postérieure, M. Thomas place dans cette cannelure une baleine qu'il nomme baleine de précaution; dès que la baleine s'introduit dans la cannelure de la branche postérieure, cette baleine de précaution est repoussée en dehors.

Cet instrument, construit avec les mêmes principes que le mien, est certainement un progrès. Il est plus simple et il suit de haut en bas, ce qui vaut mieux.

M. Guéniot. J'adresserai à l'instrument de M. Thomas les mê-

mes objections que pour l'instrument de M. Tarnier. La branche postérieure doit se placer dans la concavité du sacrum, or, dans les cas où l'embryotomie devient nécessaire, le fœtus est toujours

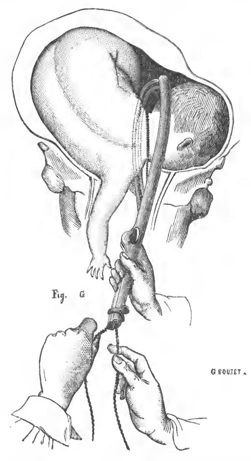


Fig. G

au-dessus du détroit supérieur, il est donc impossible que cette branche saisisse le fœtus puisqu'elle doit être posée, au-dessous de lui, dans la concavité du sacrum.

Je voudrais savoir si on a fait quelques expériences avec cet instrument, car, s'il peut bien saisir le fœtus, mon objection toute théorique tomberait d'elle-même.

En outre l'enfant se trouve rarement dans une position transversale, il est souvent obliquement : peut-on placer l'embryotome ?

M. Tarnier. Dans une position de l'épaule où la version devient impossible et pour laquelle le chirurgien est forcé de recourir à l'embryotomie, il y a toujours une portion du fœtus qui est très-

descendue, on pourra donc toujours saisir le fœtus. Si, au contraire, l'enfant est placé au-dessus du détroit supérieur, il se peut que l'instrument devienne tout à fait inapplicable.

Quant à savoir si cet instrument peut couper un fœtus placé obliquement, je répondrai à M. Guéniot qu'ayant eu à pratiquer l'embryotomie dans un cas de présentation de l'épaule, j'appliquai mon instrument, et, lorsque je voulus extraire les deux morceaux, je m'aperçus que le fœtus avait été sectionné en long ; donc on pourra s'en servir pour une position oblique.

La séance est levée à 5 h. 5 m.

Le Secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 28 août 1878.

Présidence de M. GUYON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine, le *Bulletin de l'Académie de médecine*, les *Annales de gynécologie ;*

2° La *Revue médicale de Toulouse*, le *Lyon médical*, l'*Avenir médical du nord de la France ;*

3° *The British medical Journal*, la *Gazette médicale Italienne-Lombarde*, *Contralblatt für Chirurgie*, la *Gazette internationale des sciences médicales de Naples ;*

4° Une note de M. le Dr Gaillard de Parthenay (Deux-Sèvres), candidat au titre de membre correspondant, intitulée : *De la guérison spontanée de l'hydrocèle chez les enfants.* (*Commissaire :* M. de Saint-Germain.)

5° Une *thèse* de M. le Dr de La Roche, intitulée *De l'ischémie chirurgicale des membres ;*

6° *Etude physiologique et expérimentale sur l'asphyxie par submersion*, par le Dr Houzé de l'Aulnoy.

M. le Président annonce que M. le Dr Houzé de l'Aulnoy et MM. Parise, professeur à Lille, et Ollier, professeur à Lyon, assistent à la séance de la Société de chirurgie.

Discussion.

A l'occasion de la présentation du travail de M. de La Roche sur l'*ischémie des membres* et des commentaires dont l'a fait suivre M. Houzé de l'Aulnoy, M. Desprès désire faire quelques observations sur deux points. Le premier est relatif à l'application de la bande d'Esmarch. Est-ce bien là un vrai progrès? je ne le pense pas. Aussi ne l'ai-je jamais employée ; je m'en tiens aux vieilles pratiques, à la compression digitale de l'artère principale du membre.

Il me semble qu'on a pour la réglementation un enthousiasme immérité et qu'on fait un grand abus des mathématiques dans nos sciences d'observation.

C'est très-bien de régler la force de la bande en caoutchouc. Mais est-ce que tous les membres se ressemblent? les gras et les maigres ne supporteront pas la même pression. Ce qu'il faudrait connaître, c'est la résistance des tissus de chaque individu. Je laisse d'ailleurs au temps le soin d'accomplir son œuvre.

Le second point qui m'arrêtera est celui relatif à l'élévation des membres, dont M. Houzé de l'Aulnoy n'a pas trouvé la mention avant ses travaux.

J'ai vu Velpeau et Jobert de Lamballe la conseiller après l'incision des panaris, pour arrêter le sang artériel. Au surplus, c'est une méthode hémostatique très-imparfaite à laquelle je n'ai jamais recours. Dans les rares circonstances où je pratique l'amputation des doigts, je me borne aux pansements par occlusion, et je n'ai jamais eu d'hémorrhagies. Pour les amputations de l'avant-bras, les faits cités par M. Houzé de l'Aulnoy ne sont pas suffisants. Déjà Koch avait pensé que la rétraction vasculaire pouvait empêcher l'issue du sang et il citait comme preuve le fait d'une amputation de cuisse où il n'avait pas lié les vaisseaux. Mais il fut moins heureux plus tard.

M. Lucas-Championnière, après avoir rappelé que l'élévation des membres est une pratique assez ancienne dont il se sert dans les amputations de la main, fait remarquer qu'un certain nombre de chirurgiens parmi lesquels se place M. Nicaise, emploient de petites bandes analogues à celles de M. Houzé de l'Aulnoy.

Incontestablement Koch a été imprudent, aussi demanderai-je à notre collègue quelles sont les amputations qu'il a pratiquées.

M. Houzé de l'Aulnoy. Je ne répondrai qu'un mot à M. Desprès. Que deviendrait un mécanicien sans son manomètre? Avec le tube d'Esmarch on exerce quelquefois une pression de 70 kilogrammes. N'y a-t-il pas un véritable danger?

Quant à la pratique de l'élévation, ce n'est pas mon procédé ; mais j'attire l'attention sur ce moyen que je crois appelé à faire du chemin. Par lui, j'ai pu faire une amputation au tiers supérieur de l'avant-bras sans ligature. Je le crois encore très-utile à connaître dans les hémorrhagies secondaires et c'est dans le but de le vulgariser que j'ai offert à la Société le travail de M. de La Roche, qui contient le résultat de ma pratique.

M. Delens dépose, pour être inséré dans les *Bulletins*, un résumé du travail envoyé par M. Chalot, aujourd'hui agrégé à la Faculté de Montpellier, intitulé *De la névralgie des moignons.*

L'auteur a eu l'occasion d'observer un malade affecté de névralgie du moignon, à la suite d'un amputation traumatique de la jambe gauche. Voici, en résumé, l'histoire de ce malade :

En 1869, il eut la jambe gauche écrasée par une pièce de bois, et dut subir l'amputation au lieu d'élection. Au 28e jour de l'opération, il fit un faux pas ; c'est à cette époque que remonte le début des douleurs névralgiques qu'il éprouve dans le moignon. Ni l'extirpation de la cicatrice, ni l'excision du grand nerf sciatique, ni la resection du peroné, ni l'excision du saphène interne, ni la trisotomie de tous les tendons fléchisseurs du moignon, ni l'accipuncture, ni l'électro-puncture, n'ont pu faire disparaître les douleurs et les convulsions choréiformes du membre amputé ; le soulagement n'a jamais été que temporaire, il a parfois été nul. 5 ans après l'accident, le malade a de nouveau subi l'excision du nerf saphène interne : la récidive a eu lieu. Un moment, la faradisation, soit seule soit alternée avec la galvanisation, a produit de bons résultats ; mais les douleurs n'ont pas tardé à reparaître, pour résister à tous les traitements, tels que le vésicatoire volant, les injections hypodermiques de morphine, de sulfate d'atropine. En dernier lieu, de désespoir, le malade a demandé une nouvelle amputation.

L'amputation a été pratiquée au tiers inférieur de la cuisse, avec un grand lambeau antérieur et un petit lambeau postérieur. « Seulement, pour empêcher que les névromes consécutifs à toute section, soient compris ultérieurement dans la cicatrice et donnent lieu aux mêmes accidents que ceux observés dans l'amputation de la jambe, M. Chalot a excisé 3 à 4 centimètres du grand nerf sciatique et autant de l'accessoire du saphène interne, le saphène interne ayant été déjà excisé un peu plus haut à trois reprises. »

La cicatrisation du moignon a été retardée par une série d'hémorrhagies profuses qui paraissaient plutôt tenir à un état dyscrasique qu'à un vice d'hémostase chirurgicale ; quelques petits sé-

questres ont, à leur tour, tourmenté le malade; mais, enfin, 10 mois après l'amputation, « le malade laissait pétrir son moignon sans éprouver aucune douleur névralgique. »

Les renflements terminaux des nerfs du moignon, examinés d'après les règles de la technique histologique, ne sont autre chose que des névromes *fasciculés myéliniques* avec leurs enroulements si connus de tubes nerveux.

En résumé, l'amputation de la cuisse complétée par l'excision des nerfs a singulièrement amélioré la situation du malade, et, bien que les extrémités sectionnées des nerfs soient encore sensibles, les douleurs ne sont nullement comparables, comme intensité, comme irradiation, à celles qui existaient autrefois sur les névromes terminaux de la jambe et qui s'accompagnaient d'une hyperesthésie extrême dans toute la peau environnante.

L'auteur, après avoir rapporté l'observation, cherche à en présenter la physiologie pathologique; il reconnaît l'influence des névrômes terminaux dans le développement de la névralgie du moignon, et considère l'hyperesthésie de l'axe spiral, comme la cause fréquente des récidives après l'intervention chirurgicale. Quant à la théorie de Weir Mitchell qui explique la récidive par une sclérose des cordons nerveux, elle doit être rejetée, parce qu'elle ne s'appuie sur aucun fait d'anatomie pathologique bien constaté.

Dans les autres parties de son travail, l'auteur présente l'analyse clinique, pathologique, thérapeutique de 22 autres cas de névralgies du moignon, qu'il a trouvés çà et là épars dans les mémoires, recueils, journaux ou thèses; enfin, il se trouve amené à établir les conclusions suivantes :

Les névralgies du moignon reconnaissent trois ordres de causes : 1° les diathèses et dyscrasies; 2° les maladies cérébro-spinales; 3° les maladies locales. Parmi celles-ci, il ne faut pas comprendre l'ostéite, la carie, la nécrose du moignon, l'ulcère de la cicatrice, ni l'inflammation de quelque bourse séreuse. La névralgie du moignon proprement dite est le résultat d'une lésion irritative ou inflammatoire des nerfs compris dans le moignon. Ces lésions elles-mêmes sont liées au processus cicatriciel de la plaie d'amputation et à la rétraction de la cicatrice; elles sont particulièrement concentrées, d'abord, au niveau des névromes d'amputation, c'est là le siége primitif de la névralgie du moignon, c'est toujours aussi son siége principal. La névralgie demeure parfois localisée à un ou deux névromes; plus souvent, elle s'étend à tous ou à presque tous les névromes du moignon, et, de là, s'irradie aux environs, dans toute la cicatrice, dans les muscles et dans la peau, jusqu'à une hauteur variable.

L'inclusion cicatricielle des névromes joue un grand rôle dans la névralgie du moignon. Aussi, d'après les résultats de l'expérience, doit-on proscrire tous les procédés qui substituent une cicatrice à l'ancienne cicatrice : telles sont la cautérisation, l'excision, l'incision multiple, la resection du moignon, l'amputation simple, la désarticulation simple, c'est-à-dire sans excision des nerfs, à une hauteur convenable.

Il vaut mieux agir directement sur les nerfs malades. Mais, encore ici, il y a un choix à faire entre les divers modes d'intervention. La *neurotomie* (simple section) n'a généralement qu'une efficacité temporaire; la *neurotémie* (élongation) et la *neurothrysie* (broiement, pincement) ont bien donné quelques bons résultats, mais leur valeur thérapeutique n'est pas encore bien établie, pas plus que leur mode d'action intrinsèque. Il n'y a que l'excision, la *neurectomie*, qui soit véritablement le mode de traitement par excellence.

La neurectomie peut se pratiquer à distance ou sur l'extrémité même du moignon, c'est-à-dire sur les névromes eux-mêmes. Dans le premier cas, elle doit comprendre une longueur de 3 à 4 centimètres, de manière que la continuité du nerf ne puisse se rétablir; dans le second cas, elle doit non-seulement énucléer les névromes d'amputation, mais exciser les cordons nerveux correspondants sur une hauteur suffisante, pour que les futurs névromes, qui suivront fatalement l'excision des nerfs, soient reportés au delà de l'extrémité du moignon et ne risquent plus d'être englobés dans la cicatrice. Telles sont les conditions capitales de la *neurectomie médiate* et de la *neurectomie immédiate*.

D'une manière générale, la neurectomie immédiate est préférable à la neurectomie médiate.

Elle sera *unique* si la névralgie est mononévromatique, c'est-à-dire bornée à un seul névrome, ce que le chirurgien constate par la palpation. Elle sera *multiple* ou *totale*, si la névralgie comprend tous ou presque tous les principaux nerfs du moignon.

La neurectomie *multiple*, pratiquée dans la même séance (*neurectomie simultanée*) est préférable à la neurectomie pratiquée à divers intervalles (*neurectomie successive*).

C'est, enfin, d'après les principes de la neurectomie qu'il faut se comporter, lorsqu'on se décide à pratiquer l'amputation d'un moignon douloureux. Une amputation simple ne serait que la reproduction de l'ancien moignon dans les mêmes conditions fâcheuses. Aussi faut-il y ajouter l'excision des nerfs dans la plaie, mais l'excision totale ou du moins la plus complète possible, afin qu'il ne reste pas de névrôme inclus dans la future cicatrice, et que les névromes, produits inévitables de toute excision, comme il a

été déjà dit, se retrouvent reportés dans les chairs à une certaine distance.

Mémoire.

Des vomissements opiniâtres après les opérations chirurgicales.

M. Verneuil. Cet accident qui, sans être très-grave, incommode beaucoup les opérés, n'a pas été suffisamment étudié jusqu'ici, bien qu'il ne soit pas fort rare. Les anciens chirurgiens n'en parlent guère et les modernes l'attribuent au chloroforme, surtout lorsqu'il est impur.

Je crois cette opinion inexacte et l'explication insuffisante; je ne nie point que les anesthésiques puissent provoquer les vomissements réitérés, mais je pense qu'ils n'agissent qu'à titre d'agents excitants lorsqu'il existe une prédisposition.

Avant de rechercher de quelle nature est cette dernière, il faut d'abord établir une distinction entre les variétés de vomissements opératoires.

A) Certains sujets ayant mangé malgré mes recommandations rejettent les aliments pendant la chloroformisation elle-même.

B) D'autres tout à fait à jeun rendent pendant ou après la chloroformisation de la salive sécrétée en grande abondance et accumulée dans le pharynx, l'œsophage et même l'estomac. D'abord pure, cette salive peut être ensuite mêlée de sécrétion stomacale et de bile.

Dans ces deux premiers cas, qu'il suffit de signaler brièvement, les vomissements sont passagers et cessent d'eux-mêmes, laissant tout au plus à leur suite un peu de malaise gastrique.

C) Quelques opérations sur la cavité ou les parois de l'abdomen sont accompagnées ou suivies, à des époques variables, de vomissements rebelles imputables le plus souvent à une péritonite qui les explique sans peine et à la marche de laquelle ils sont du reste liés.

D) Enfin dans une dernière catégorie que je veux particulièrement étudier dans cette note, les vomissements commencent peu de temps après l'opération, se répètent et se prolongent deux ou trois jours sinon davantage, et pendant cette période empêchent plus ou moins complétement l'absorption des boissons et des aliments ingérés.

La moindre réflexion indique pour des cas aussi variés des causes différentes, et pourtant, faute d'attention sans doute, c'est toujours le chloroforme qu'on accuse. Passe encore pour les vomissements passagers. Les vapeurs chloroformiques excitent

assez vivement, il est vrai, la muquense bucco-pharyngienne pour pouvoir provoquer la nausée, et augmentent assez notablement les sécrétions muco-salivaires pour amener un encombrement de liquide nécessitant à son tour des efforts d'expulsion. Mais outre que ces actions sont loin d'être constantes, leur cause ne saurait être invoquée dans les cas de vomissements persistants.

On peut d'ailleurs opposer à cet hypothèse bien d'autres arguments. Si le chloroforme avait la propriété qu'on lui prête, les vomissements rebelles devraient être fréquents, tandis qu'ils sont assez rares. J'ai fait relever les cas soumis à mon observation dans ces derniers temps : or j'ai recueilli annuellement à peu près trois ou quatre exemples sur un nombre plus que centuple d'anesthésies. Mais, dit-on, c'est le chloroforme impur. A cela je réponds : 1° que l'éther (je tiens ce détail d'un chirurgien lyonnais) provoque peut-être plus souvent encore que le chloroforme les vomissements susdits; 2° que j'ai employé maintes fois du chloroforme qui ne me paraissait pas de première qualité et qui, cependant, n'a pas plus fait que les autres naître les vomissements rebelles; 3° qu'enfin dans un cas, que je rapporterai plus loin avec quelques détails, c'est précisément après l'emploi d'un chloroforme d'une extrême pureté que j'ai observé des vomissements opiniâtres pendant près de cinq longs jours.

Les vétérans actuels de la chirurgie pourraient nous renseigner sur cette action spéciale des anesthésiques s'ils nous disaient que les vomissements opératoires ont notablement augmenté depuis les inhalations d'éther ou de chloroforme; mais peut-être leur attention n'a-t-elle pas été fixée sur ce point. J'ai bien assisté aux deux procédés : pendant mon internat j'ai vu faire les opérations sans anesthésie, mais depuis 30 ans la pratique contraire a bien obscurci mes souvenirs. Toutefois jadis on redoutait bien les vomissements primitifs, car on mettait les malades à la diète le matin de l'opération et en ce temps comme au nôtre on voyait les blessures accidentelles, plaies, fractures, luxations, etc., troubler la digestion commencée et amener des vomissements ou des selles liquides. J'ai vu çà et là, dans la lecture d'observations anciennes, les vomissements signalés, les ophthalmologistes entre autres en parlent à propos de l'opération de la cataracte et des plaies de l'iris. Moi-même j'ai vu ces vomissements rebelles chez des sujets n'ayant pas été endormis. Donc le chloroforme et l'éther ne sont pas les incitants uniques de cet accident et, comme je le disais en commençant, si par hasard ils le favorisent en apparence, c'est chez les sujets en état d'idiosyncrasie.

En prononçant ce mot commode mais qui ne vaut quelque chose que lorsqu'il est traduit en langage anatomo-pathologique, je ne

veux nullement me soustraire à l'obligation de taire cette traduction, je désire au contraire dire en quoi consiste la prédisposition ou l'idiosyncrasie des opérés affectés de vomissements prolongés.

Quelques-uns penseront sans doute que je prends bien de la peine pour peu de chose, puisque de mon propre aveu l'accident en question est relativement rare et assez peu grave en lui-même; mais j'espère que vous écouterez sans impatience les développements dans lesquels je vais entrer : d'abord parce que tout accident capable de déranger, d'entraver, de retarder le processus curatif est digne, si exceptionnel qu'il soit, d'attirer l'attention des chirurgiens, parce qu'en substituant à une hypothèse inexacte et stérile une interprétation vraie, j'ai chance de prévoir, de prévenir et de combattre la complication susdite; parce qu'enfin on ne saurait regretter le temps qu'on emploie à creuser l'étiologie et la pathogénie, ces deux districts si pauvres encore de la pathologie.

En attendant que vous preniez connaissance des observations, je vais donner un aperçu des allures et des inconvénients du phénomène morbide.

Les vomissements peuvent commencer pendant ou immédiatement après l'opération et se continuer dans la suite; d'autres fois ils débutent dans l'après-midi ou dans la soirée; ils sont plus ou moins rapprochés, tantôt suivant de près l'ingestion des boissons, auquel cas ils sont peu abondants, tantôt retardés presque jusqu'à plénitude de l'estomac qui semble se débarrasser en bloc de son contenu. D'ordinaire il y a dans les 24 heures trois ou quatre accès plus ou moins prolongés, suivant qu'il n'y a qu'une expulsion ou au contraire une série continue de nausées et de vomissements. Parfois après un malaise préalable l'évacuation a lieu et le malade est tranquille pendant quelques heures; mais le contraire s'observe également et l'on voit s'établir un véritable embarras gastrique avec tout son cortége symptomatique, y compris l'élévation de la température et l'accélération du pouls.

Les matières vomies sont variables : d'abord les matières ingérées, puis des mucosités filantes semblables à la salive et souvent mélangées de bile quand les efforts sont violents; d'autres fois les matières sont fortement acides. Dans ces cas encore le pouvoir sélectif de l'estomac s'exerce; une partie des matières ingérées est rejetée, l'autre gardée. Certains sujets, malgré tout, acceptent les boissons et les aliments; d'autres au contraire refusent absolument jusqu'à la tisane, n'étant tranquilles que lorsque l'estomac est tout à fait vide. En ce cas ils souffrent réellement de la soif, non de la faim, car la simple vue des aliments solides leur cause une grande répugnance.

Quand cet état ne dure que pendant le premier jour, il n'entraîne pas de conséquences sérieuses, mais quand il se prolonge il jette les opérés dans un état fâcheux de malaise, de fatigue et d'inquiétude. Puis il y a des inconvénients secondaires plus rares, mais également assez fâcheux ; les vomissements nuisent au repos général et à l'immobilité de la région opérée. Les appareils se dérangent facilement. Je signale surtout un suintement sanguin à la surface des plaies, né sous l'influence de l'effort et imbibant les pièces de pansement.

Plusieurs de mes opérés sont morts, mais les vomissements n'ont joué, je pense, aucun rôle direct dans la terminaison fatale. D'autres lésions suffisamment graves ont été constatées à l'autopsie ; nous les signalons plus loin.

Cependant j'ai cru perdre par une sorte d'inanition deux opérées : l'une après une ablation du sein, l'autre après une amputation de la jambe ; au 6e jour chez la première, au 7e chez la seconde, je n'avais pas encore pu faire absorber le moindre aliment réparateur. Cependant le rétablissement a eu lieu à la longue.

Et maintenant abordons l'étiologie. J'ai longtemps vu ces cas sans en deviner les causes, et comme les autres, j'ai cru à l'action du chloroforme. J'avais pourtant remarqué que les alcooliques étaient plus exposés aux vomissements post-opératoires et à l'état gastrique concomitant.

Lorsque je me mis à étudier le traumatisme chez des sujets atteints d'altérations hépatiques, j'observai de nouveaux cas de vomissements rebelles. On trouvera des indices de ces constatations dans les thèses de deux de mes meilleurs élèves MM. Peronne et Longuet.

Mais je n'ai réellement trouvé la clé du phénomène que lorsque mes recherches ont été éclairées par une des lois les plus importantes, les plus vraies et les plus simples de la traumatologie, loi que je vous demande la permission de vous rappeler.

Sans parler des phénomènes variés qu'il engendre au lieu frappé, le trauma peut provoquer à distance, dans des organes isolés, et même dans l'organisme tout entier, les troubles fonctionnels et les actes morbides les plus divers.

Cette diversité en vertu de laquelle les mêmes blessures retentissent très-différemment suivant les individus, n'a point été expliquée, sinon par une idiosyncrasie dont on s'est dispensé d'indiquer la nature et qui reste le plus souvent à l'état d'énigme.

Le problème pourtant n'est pas difficile à résoudre ; l'idiosyncrasie n'est simplement qu'un état pathologique antérieur, latent ou patent, ayant pour siége ignoré ou connu l'organe, l'appareil, le système dans lequel éclate le trouble à distance : organe, appa-

reil ou système taré qui sous l'influence excitatrice du traumatisme joue le rôle de *locus minoris resistentiæ* et souffre comme il a déjà souffert ou comme il était destiné à souffrir dans la suite.

De là deux conséquences : 1° lorsqu'à la suite d'une blessure, on voit éclater des désordres imprévus dans un point distant n'ayant avec le foyer traumatique aucune relation anatomique directe, on peut être à peu près certain de l'existence dans le point susdit d'un état pathologique antérieur ; 2° réciproquement lorsqu'avant une blessure ou une opération on connaît un point taré dans l'économie il faut toujours s'attendre à y voir éclater après le traumatisme des troubles en rapport avec la nature de la tare.

Mes observations confirment *a priori* ou *a posteriori* les propositions précédentes.

A plusieurs reprises j'ai pu prévoir à l'avance les vomissements opiniâtres comme l'attestent les faits suivants.

Obs. I. — Une dame de province vint me consulter l'année dernière pour une petite tumeur au sein droit pour laquelle je crus devoir recommander l'opération. Il n'y avait pas d'autre complication qu'un état dyspeptique très-prononcé et de date très-ancienne. Sur la demande du médecin ordinaire j'apportai de Paris du chloroforme de première qualité pris chez MM. Rousseau frères. La chloroformisation fut un peu laborieuse mais n'amena pas de vomissements immédiats.

Lorsque je fus sur le point de partir, j'annonçai aux praticiens distingués qui devaient donner leurs soins à l'opérée, que sans doute la dyspepsie renaîtrait, qu'elle amènerait pendant plusieurs jours des troubles digestifs et en particulier des vomissements. En faisant devant mes confrères mes adieux à l'opérée, je lui promis naturellement la guérison sans accidents, mais je l'avertis qu'en raison de son mauvais estomac elle aurait probablement quelques vomissements.

Elle me répondit qu'elle s'y attendait parce qu'ayant été enceinte 12 ans auparavant elle avait eu les vomissements incoercibles de la grossesse et qu'atteinte de la scarlatine quelques années plus tard, elle avait continuellement vomi pendant toute la durée de la maladie. Chez cette malade le chloroforme et le traumatisme trouvaient la prédisposition bien évidente dans l'état des voies digestives.

La guérison eut lieu sans autre incident qu'une série de vomissements rebelles qui se prolongèrent jusqu'au cinquième jour.

Obs. II. — *Tumeur fibro-plastique de la cuisse. — Dyspepsie antérieure. — Vomissements répétés à la suite d'une ponction. — Plus tard, extirpation de la tumeur. — Retour des vomissements. — Guérison.*

Léontine A..., 33 ans, venue de la campagne, entre dans mon service le 10 avril 1878 pour une tumeur largement ulcérée de la cuisse gauche, dont le début remonte à 9 ans, mais qui a, depuis 2 années, fait de tels progrès qu'elle atteint le volume de la tête d'un adulte ; elle siége en arrière de la cuisse dont elle occupe plus de la moitié postérieure.

L... est brune, de haute taille, bien constituée, de belle apparence ; elle n'a jamais fait de maladie grave, elle a eu cependant des douleurs rhumatismales à diverses reprises et des éruptions herpétiques assez fréquentes, qui toutefois ne se sont pas renouvelées depuis deux ans, c'est-à-dire depuis l'époque où la tumeur a fait des progrès rapides. De plus, les digestions sont souvent difficiles, le moindre écart de régime amenant pendant deux ou trois jours des vomissements qui même surviennent presque toujours au moment des règles.

Lorsque la tumeur se développa, elle parut fluctuante ; aussi le médecin ordinaire fit avec un trocart et *sans chloroforme* bien entendu, une ponction exploratrice. Cette légère opération fut suivie de vomissements qui se prolongèrent pendant huit jours.

Avec de tels antécédents il n'était pas malaisé de prévoir qu'une grande opération réveillerait la disposition morbide. C'est ce qui eut lieu en effet.

L'extirpation de la tumeur fut faite le 1er mai sans grande difficulté et sans perte considérable de sang. Pansement antiseptique ouvert.

Immédiatement après le réveil les vomissements commencent ; ils se renouvellent dans le cours de la journée. Comme ils amènent la prostration, la pâleur du visage et la petitesse du pouls, on donne du vin, du bouillon, et une potion cordiale. Tout est rejeté. Quelques cuillerées de Bagnols sont seules conservées. La nuit les vomissements continuent. La température est montée le soir à 39°.

2 mai. — J'ordonne la glace et la pepsine, puis du bouillon et même des aliments si l'estomac les tolère. La journée est assez tranquille. Il y a un peu de fièvre (39°,4 le soir) mais pas de vomissements. Ceux-ci reprennent pendant toute la nuit et fatiguent beaucoup l'opérée.

3 et 4 mai. — On continue la glace et la pepsine, la fièvre tombe presque complètement ; l'appétit revient franchement ; des potages, des côtelettes, l'eau rougie sont très-bien tolérés.

5 mai. — L'intolérance gastrique reparaît ; rien n'est supporté ce jour-là ; le malade se plaint de gastralgie et d'entéralgie assez vives avec ballonnement du ventre. Il n'y a cependant pas de fièvre, et la plaie a bel aspect. Onction avec l'huile de camomille camphrée sur le ventre, entouré en plus d'une bonne couche d'ouate.

6 mai.— Les douleurs abdominales ont cessé, mais le malaise gastrique et les vomissements persistent, température du soir, 38°,6. Comme il n'y a pas eu de selle depuis l'opération, malgré l'administration de lavements, on ordonne un purgatif qui n'est pris que le 7 au matin. Pendant toute la journée la malade vomit et le soir on note 39°.

8 mai. — Pendant la nuit ont lieu d'abondantes évacuations alvines ; c'est le signal d'une amélioration générale ; la fièvre, les vomissements cessent complétement, et la cicatrisation marche désormais sans encombre.

Cependant dans les derniers jours de mai les règles reviennent, un peu en retard. Pendant 48 heures les vomissements reparaissent avec quelques douleurs spontanées et une sensibilité manifeste au niveau des ovaires,

La fièvre qui s'est montrée dans les deux premiers jours est née peut-être sous l'influence d'une inoculation de matière septique pendant l'opération, car la tumeur était largement ulcérée et exhalait une odeur fétide. Dans le cas suivant néanmoins il n'existait rien de semblable et pourtant il y eut une fièvre assez marquée à laquelle nous ne devions pas nous attendre avec une plaie fort simple et antiseptiquement pansée. L'état gastrique démontré par la fétidité de l'haleine, l'enduit de la langue, la soif, l'inappétence, me semblent ici responsables d'une fièvre saburrale et non pas traumatique.

Obs. III.—*Squirrhe du sein de petit volume chez une dyspeptique.— Opération très-simple. — Pansement antiseptique ouvert. — Vomissements opiniâtres; mouvement fébrile.*

Eugénie M..., domestique, 48 ans, venant de la province, entre dans mon service le 28 juin 1878, pour une tumeur au sein droit.

Cette femme est de petite taille mais bien bâtie et de solide apparence ; elle a eu néanmoins plusieurs attaques de rhumatisme et surtout de dyspepsie. Les digestions sont longues, fatigantes, et parfois douloureuses. Certains aliments et surtout les fruits sont rarement tolérés. Au commencement de l'année il y a eu une crise qui a duré deux mois et pendant laquelle les vomissements ont été presque continuels. Aujourd'hui ces désordres sont passés et l'état général est satisfaisant.

La tumeur a débuté il y a 3 ans et s'est accrue avec beaucoup de lenteur; son volume ne dépasse pas celui d'une grosse noix, elle a les caractères du squirrhe atrophique. Les ganglions axillaires ne sont point indurés. L'année dernière j'avais refusé l'opération, mais depuis sont survenues des douleurs extrêmement vives, de sorte que, cédant aux instances de la malade, je pratique le 1er juillet une opération qui d'ailleurs est d'une extrême simplicité. Le chloroforme est bien supporté.

La perte de substance est assez large mais tout à fait superficielle. Pansement antiseptique ouvert.

Deux heures après l'opération les vomissements commencent et continuent sans relâche ; la malade en compte dix jusqu'au lendemain matin. Le sommeil est rendu impossible et pourtant la fatigue est extrême ; le vin, le bouillon, la tisane, la glace, tout est rejeté.

Lorsque l'opérée ne prend plus rien elle rend des matières glaireuses, à la longue teintes en vert par de la bile.

2 *juillet.* — Haleine fétide, langue sale, soif vive, inappétence complète. Température 38° le matin, 39° le soir.

On prescrit du lait glacé et de la pepsine ; mais les vomissements persistent toute la journée et une partie de la nuit suivante, et l'opérée préfère ne rien prendre.

3 *juillet.* — Lassitude, faiblesse, même état gastrique, ballonnement du ventre ; mouvement fébrile manifeste ; 38°,6 le matin, 39°,4 le soir. Comme il n'y a pas eu de selle depuis l'opération, un lavement purgatif est administré et provoque quelques évacuations. Les vomis-

sements diminuent de fréquence et de quantité ; la malade refuse toujours les aliments. La plaie néanmoins n'a pas mauvais aspect ; elle commence à se déterger et n'est le siége d'aucune douleur.

La fièvre paraît évidemment sous l'influence de l'état gastrique ; le lendemain 4, à la suite de nouvelles évacuations alvines, le malaise tend à disparaître ; plusieurs petits potages sont pris et conservés.

A partir de ce jour la guérison suit sa marche naturelle, la fièvre tombe, la cicatrisation s'effectue et sauf quelques difficultés dans la digestion, tout se passe comme dans les cas ordinaires.

J'ai pu prévoir encore les vomissements opiniâtres dans un cas où l'appareil urinaire altéré depuis longtemps était le point de départ d'accidents gastriques répétés et intenses.

Obs. IV. — Il s'agissait d'une malheureuse femme atteinte d'une fistule vésico-vaginale large et comprenant sur ses bords les orifices rétrécis des uretères. Cette dernière lésion très-prononcée d'un côté déterminait de temps à autre des accès de rétention rénale et de néphrite avec frissons, fièvre, vomissements, douleur vive à la région lombaire, albuminurie, etc.

Je crus devoir faire une tentative pour remédier au rétrécissement de l'orifice de l'uretère et faire cesser au moins les phénomènes de rétention et de néphrite. Pour cela je reséquai le bord libre de la fistule, au point où s'abouchait l'uretère, espérant ainsi retrancher le bout terminal et rétréci de ce conduit. L'essai fut couronné de succès en cela que la fièvre, les frissons, la douleur lombaire disparurent ; seuls les vomissements survinrent et persistèrent pendant 4 ou 5 jours avec une extrême tenacité. On n'en triompha que par l'application de ventouses très-superficiellement scarifiées au niveau des reins et surtout du plus malade des deux.

La malade ayant succombé plus tard, l'autopsie vérifia mes suppositions sur l'état anatomique des reins [1].

Je viens de citer les faits dans lesquels j'avais pu prévoir à l'avance les vomissements d'après le mauvais état connu de certains viscères et d'après l'existence antérieure de la dyspepsie ; mais je n'ai peut-être pas encore signalé tous les états morbides prédisposant à la complication susdite. On me parlait dernièrement d'une hystérique qui avait été atteinte de vomissements opiniâtres après une opération. Je fais d'autant moins de difficultés à admettre cette prédisposition que j'en ai eu sous les yeux un bel exemple déjà publié du reste in *Série de 27 grandes amputations.* (*Arch. gén. de méd.* 1878, obs. X.)

Obs. V. — Un fille de 25 ans, maigre, pâle, dyspeptique, caractère fantasque, presque aliénée, présentait au plus haut degré tous les trou-

[1] Cette observation sera prochainement publiée par un de mes élèves qui fait sa thèse sur les lésions des uretères dans les fistules vésico-vaginales.

bles propres à l'hystérie. Je lui fis une première fois pour un orteil des os du pied, une sorte de resection. Cette opération donna lieu à des troubles nerveux excessifs, cris continuels, vomissements opiniâtres, agitation incessante, insomnie, le tout sans fièvre. Ces symptômes durèrent 3 ou 4 jours pendant lesquels l'opérée ne put prendre aucun aliment solide, mais seulement un peu de bouillon, de glace et de tisane ; puis tout se calma progressivement.

Une seconde opération devenant nécessaire, la désarticulation tibio-tarsienne fut pratiquée 6 semaines après. Les phénomènes nerveux se renouvelèrent avec la même intensité et sous les mêmes formes.

Dix mois après, il fallut amputer la jambe et nous vîmes encore reparaître les vomissements pendant plusieurs jours.

Dans l'intervalle des opérations cette malade se plaignait toujours du régime et réclamait chaque jour quelque aliment nouveau qu'elle refusait le lendemain.

Plus d'une fois j'ai été conduit par les vomissements post-opératoires rebelles à reconnaître des lésions viscérales que je n'avais nullement soupçonnées à l'avance. L'autopsie m'a d'ailleurs montré directement les lésions susdites dans les cas suivants qui ont été publiés dans un autre but et dont je prendrai seulement des extraits.

Obs. VI. — *Désarticulation de la hanche; vomissements opiniâtres; stéatose du foie et des reins.* (*Bull. de l'Acad. de méd.* 1877, p. 1176.)

Une femme de forte constitution, atteinte de tumeur fibro-plastique de la cuisse, fut opérée une première fois en janvier 1868. Les suites de l'opération furent très-simples; la plaie pansée à plat était cicatrisée au bout de deux mois. La récidive s'étant montrée, une nouvelle opération dut être pratiquée à la fin de la même année. La guérison tarda un peu plus à s'effectuer, mais ne fut accompagnée d'aucun accident.

Nouvelle récidive. État général moins bon qu'autrefois ; cependant je désarticule la cuisse, le 21 avril. Perte de sang minime ; pansement sans réunion avec la charpie alcoolisée.

A son réveil l'opérée est prise de vomissements incessants qu'on calme à peine avec la glace et le chlorhydrate de morphine en potion. Le lendemain, 22, les vomissements continuent. C'est le seul. symptôme fâcheux. On prescrit la glace, le grog au rhum, la pepsine à la dose d'un gramme dans du bouillon.

Le 23, persistance des vomissements bilieux et muqueux. Un peu de ballonnement du ventre. Peu de soif, un peu d'appétit.

Le 24, les vomissements diminuent, ils ne renferment plus de bile.

Le 25, recrudescence des vomissements; vésicatoire sur l'épigastre. Lavement purgatif le soir.

Le 26, les vomissements ont cessé complétement, il ne reste qu'un état saburral assez prononcé.

Le 8 mai, les vomissements reprennent avec d'autres symptômes fâcheux; la malade s'affaiblit de plus en plus ; elle ne peut plus rien

prendre sans le vomir. Elle succombe le 18 mai, 28 jours après l'opération.

A l'autopsie, outre les lésions des vaisseaux artériels et veineux et la présence d'abcès métastatiques dans les poumons et l'envahissement des ganglions abdominaux par le tissu morbide, on trouve pour expliquer les vomissements « le foie dans un état très-avancé de stéatose. Il en est de même des reins dont l'épithélium est partout infiltré de granulations graisseuses. »

Obs. VII. — *Epithélioma du pied. Désarticulation de deux métatarsiens. Troubles gastriques et vomissements répétés. Infection purulente. Cirrhose méconnue.* (Dubuclet. *Epithélioma du pied.* Th. inaug. 1874.) (Cette observation a été prise dans mon service, mais l'auteur n'a pas suffisamment insisté sur les phénomènes gastriques consécutifs à l'opération.)

B .., 47 ans, instituteur, forte constitution apparente, ni syphilis, ni excès alcooliques avoués. Cependant anémie prononcée, psoriasis ancien, dyspepsie, en 1871 accidents gastro-intestinaux intenses avec diarrhée, vomissements, perte de l'appétit, affaiblissement notable, etc.

L'épithélioma du pied date de 1870. Il a été traité par une foule de moyens qui n'ont fait que l'aggraver. On est obligé, pour l'enlever complétement, de faire l'ablation des 4e et 5e métatarsiens avec les orteils correspondants. Pansement ouaté.

Les vomissements se montrent presque aussitôt après l'opération et se continuent toute la journée. L'opéré n'en est point alarmé, il nous raconte que depuis sa maladie de 1871, il y est sujet et qu'il a souvent le matin sa pituite. Nous soupçonnons alors qu'il est moins sobre qu'il ne le dit et qu'il est légèrement alcoolique.

Le lendemain 7, l'état est passable ; la fièvre presque nulle; toutefois les vomissements continuent de temps à autre et empêchent l'alimentation.

Le 8, signes d'embarras gastrique, bouche amère. Inappétence complète; vomissements bilieux. Fièvre modérée toutefois. Un lavement simple produisant peu d'effet, on donne le lendemain matin un purgatif salin, les vomissements cessent et l'état gastrique s'améliore. Mais survient une hémorrhagie légère, puis une pyohémie qui enlève le malade le 19, 13 jours après l'opération.

L'autopsie ne fut pas faite, on put seulement examiner l'estomac et le foie. Le premier de ces viscères était sain, le foie était atteint de cirrhose au second degré.

Obs. VIII. — *Sarcocèle, castration; vomissements répétés. Mort. Tumeur secondaire dans l'abdomen, altération du foie*[1].

P..., 43 ans. Cancer du testicule gauche, état général excellent, bon appétit habituel. Castration, le 22 mars, pansement de Lister.

Dans la soirée un vomissement peu abondant.

[1] Longuet, *De l'influence des maladies du foie sur la marche des traumatismes*, these inaugurale, Paris 1877. Obs. XXV, p. 46.

23 *mars*, vomissements le matin.

24 *mars*, nausées, vomissements bilieux le soir. Inappétence, langue blanche.

25, le malade a encore un peu vomi le matin.

Les vomissements ne se renouvellent pas jusqu'au 29, époque de la mort.

Autopsie.—Près du hile du rein gauche, tumeur ganglionnaire cancéreuse marronnée, grosse comme une orange. Diverses tumeurs du foie ressemblant à des angiomes. L'organe est très-volumineux et atteint de dégénérescence graisseuse.

Dans le cas suivant, rien ne faisait prévoir ni les lésions qui ont provoqué les vomissements, ni ces vomissements eux-mêmes. Ceux-ci, pourtant, me semblent avoir eu sur la terminaison fatale une influence non équivoque. D'abord à cause de l'hémorrhagie primitive qu'ils ont certainement favorisée par une sorte d'action mécanique, puis en inspirant à la malade une telle horreur pour l'ingestion des aliments et des médicaments, qu'elle se refusa avec opiniâtreté à rien prendre pendant 48 heures. — Or, il s'agissait là précisément d'un de ces cas où les besoins de la réparation organique étaient impérieux.

OBS. IX. —*Amputation de la cuisse, pansement ouvert, hémorrhagie capillaire primitive prolongée. — Vomissements continuels. — Refus d'aliments, mort le quatrième jour.— Friabilité de l'estomac. — Dégénérescence granulo-graisseuse du foie et des reins.* (In *Série de 27 grandes amputations,* OBS. XXVII. *Arch. génér. de méd.* 1878.)

Femme, 64 ans, atteinte depuis longtemps d'une arthrite syphilitique du genou avec suppuration, fistules ossifluentes, décollements, douleurs très-vives, etc.

Maigreur extrême, faiblesse grande, et cependant aucune lésion interne ne paraissait contre-indiquer l'opération. Appétit peu prononcé, point de dégoût. Foie non douloureux, paraissant avoir son volume ordinaire. Jamais de vomissements, de diarrhée, ni de constipation. Abdomen indolent, point de soif, langue rose et humide. Sécrétion rénale normale en quantité et qualité. Donc, rien d'apparent du côté de l'appareil digestif.

Amputation de la cuisse le 21 janvier. Point de réunion immédiate; pansement antiseptique ouvert. Vomissements dès le retour de l'amphithéâtre (ce détail a été omis dans l'observation publiée, où l'on ne note le symptôme que dans le courant de la journée) et se continuant sans relâche. La malade refuse toute nourriture et tout médicament.

Une hémorrhagie capillaire, constatée deux heures après par l'interne du service est facilement arrêtée.

Le lendemain 22, même refus opiniâtre d'aliments et de boissons; continuation des nausées et des vomissements.

Le 23, la malade consent à prendre un peu de lait et de bouillon qui

sont gardés ; mais les forces déclinent rapidement, et la mort survient le 24 au matin.

Autopsie. — Vestiges d'une ancienne gomme hépatique sur un foie petit et en dégénérescence granulo-graisseuse ; même lésion de la substance corticale du rein.

Estomac et intestin fortement revenus sur eux-mêmes et très-friables, bien que le cadavre ne fût pas décomposé.

Je pense que les observations précédentes suffiront à démontrer l'influence des états pathologiques antérieurs sur le symptôme que j'étudie, et à prouver une fois de plus le rôle que jouent les lésions préexistantes sur la marche anormale du processus traumatique. C'est pourquoi je me bornerai à ajouter quelques mots sur ce qu'il convient de faire aux opérés tourmentés par les vomissements.

Il ressort des faits mêmes que j'ai rapportés qu'il ne peut y avoir un moyen unique, puisque les causes sont variables, et qu'ici comme en bien d'autres cas, il faut faire de la thérapeutique en rapport avec l'étiologie. Il est certain que les ventouses appliquées sur la région lombaire chez le malade de l'observation, n'ont rendu service que parce qu'il s'agissait d'une affection rénale et qu'elles eussent été vraisemblablement inutiles chez les sujets atteints de stéatose ou de cirrhose hépatique.

Bien que j'aie déclaré dès le commencement que les vomissements post-opératoires n'offraient pas beaucoup de gravité et que je les ai vus bien souvent cesser d'eux-mêmes le lendemain de l'opération, j'ai été conduit, dans les cas rebelles, à essayer contre eux plusieurs moyens. C'est le résultat de ces essais que je vais vous indiquer.

D'abord j'ai prescrit la glace et l'eau de seltz, puis l'éther et les boissons stimulantes, et en particulier le grog chaud avec le rhum ; en d'autres cas, les préparations de morphine à l'intérieur ou en injections hypodermiques. Ces médicaments ont calmé les douleurs de l'estomac, mais n'ont pas paru empêcher le retour des vomissements. Une fois, j'ai fait appliquer avec quelque succès un vésicatoire volant à l'épigastre; mais de tous les moyens, celui qui m'a donné de beaucoup les meilleurs résultats est sans contredit la pepsine à la dose de 1 à 2 grammes par jour, par paquets de 50 centigrammes. Deux de ces paquets suffisent quand ils ne sont pas rejetés par les vomissements ; on les administre le matin et le soir, avec ou sans aliments, le plus communément avec une tasse de bouillon. Dans un des cas presque désespérés dont j'ai parlé plus haut, c'est le seul moyen qui ait réussi. Depuis cette époque, il y a au moins 10 ans, j'en ai tiré maintes fois bon parti ; le vin de pepsine, plus facile à prendre, m'a paru moins efficace que la pepsine en nature.

Plusieurs fois, j'ai vu, au bout de 2 ou 3 jours de vomissements

rebelles et de diète forcée consécutive, s'établir un véritable état saburral, fébrile, presque toujours compliqué de constipation. Si les lavements purgatifs ne suffisent pas, il faut donner un purgatif salin; les évacuations alvines abondantes font généralement cesser les nausées, les vomissements et l'état gastrique, mais on ne peut profiter de cette action que 2 ou 3 jours après l'opération.

Le point le plus intéressant de cette question est relatif au régime alimentaire. Je n'ai pas besoin de dire que de nos jours on ne soumet plus les opérés à la diète, et que l'on fait prendre à la plupart d'entre eux, dès le premier jour, des aliments sérieux et des boissons fortifiantes. On s'accorde à penser, et je suis tout à fait de cet avis, que la nourriture de bonne qualité et en quantité raisonnable, quand elle n'est pas formellement contre-indiquée, contribue notablement à la bonne évolution du processus curatif et favorise évidemment la guérison.

Or, les vomissements post-opératoires, à défaut d'autres inconvénients, auraient au moins celui de gêner l'administration des aliments réparateurs ; donc, à ce seul point de vue, il y aurait intérêt à les faire cesser aussi promptement que possible. En effet, tant qu'ils durent, l'alimentation n'a guère d'utilité et fatigue l'estomac sans grand bénéfice. Toutefois, il n'y a pas à cet égard de règle absolue. Je me rappelle fort bien, il y a près de 25 ans, dans le service de Ph. Boyer qui, on s'en souvient, nourrissait ses opérés à outrance, avoir enlevé le sein à une femme qui fut prise de vomissements répétés dès les premières heures et dans les deux jours suivants. Or, entre ses vomissements, on lui faisait prendre du potage, de la viande, du pain et du vin ; elle en gardait une partie et rejetait le reste ; alors, on recommençait l'ingestion, et au bout de 2 jours, l'estomac finit par regagner sa tolérance.

Depuis cette époque, j'ai changé de pratique, ou, pour mieux dire, je n'ai plus de parti pris ; certains malades ont horreur des aliments et ne sont tranquilles que lorsque l'estomac est vide ; alors, je ne leur donne que des médicaments et de la tisane.

Chez d'autres, comme dans le cas du mal de mer, les aliments sont vomis, mais leur ingestion soulage l'estomac, et d'ailleurs l'appétit subsiste assez pour que l'alimentation soit possible.

Aussi bien l'estomac est chez ces dyspeptiques fort capricieux ; il rejette ceci et garde cela sans qu'on puisse rien prévoir. J'ai remarqué qu'en général le vin était mal toléré, mais j'ai noté des exceptions : chez d'autres le lait passe, ou le bouillon, ou quelques bouchées de viande.

En somme, je consulte volontiers dans ces cas l'expérience et l'instinct des malades, et j'insiste seulement pour qu'ils fassent l'essai de quelques aliments réputés de digestion facile, mais je

n'insiste pas s'ils sont mal tolérés ou si l'anorexie est absolue.

Bien souvent, je ne fais rien le premier jour et ne commence la médication que le second, quand les vomissements persistent.

C'est alors que d'emblée je prescris la pepsine, mais sans trop insister pour lui associer des substances vraiment nourrissantes. Certes, je ne suis point disposé à retourner de 30 ans en arrière et à préconiser de nouveau la diète ; mais dans les opérations ordinaires, quand les sujets ne sont pas affaiblis outre mesure par la maladie antérieure ou les pertes de sang pendant l'opération, je ne crois pas indispensable de leur faire ingérer dès les premiers moments une nourriture trop substantielle. Il y a une mesure à garder entre les erreurs déjà oubliées de l'école physiologique et la réaction un peu trop forte inaugurée par Ph. Boyer, Malgaigne, etc.

De ce qui précède je tirerai quelques conclusions :

1° On observe chez certains opérés des vomissements rebelles qui se continuent pendant plusieurs jours après l'opération. Cet accident est assez rare du reste ;

2° Ces vomissements sont attribués à tort au chloroforme qui paraît agir tout au plus comme cause provocatrice ;

3° Ils reconnaissent comme causes véritables divers états pathologiques antérieurs : dyspepsie, lésions abdominales, hépatiques, rénales, etc., créant par eux-mêmes une prédisposition aux vomissements, que le traumatisme réveille ;

4° Ces vomissements peuvent assez souvent être prévus à l'avance, et quand ils surviennent inattendus, ils doivent faire soupçonner des lésions viscérales méconnnes et latentes ;

5° Le pronostic n'est pas généralement grave, mais les vomissements qui se prolongent au delà de 48 heures fatiguent les patients, engendrent facilement un état saburral quelquefois fébrile, et enfin empêchent d'alimenter convenablement les opérés ;

6° Les vomissements post-opératoires cessent souvent dans le courant du deuxième jour ou s'espacent assez pour devenir supportables. La glace, les boissons gazeuzes, la diète, suffisent d'ordinaire pour les deux premiers jours. Plus tard, la pepsine rend de grands services. A partir du troisième jour, un purgatif salin convient s'il y a état saburral. Le régime mérite la plus grande attention ; on multiplie les tentatives d'alimentation, mais on consulte surtout l'instinct et l'expérience du malade. Enfin, on varie les moyens d'après la nature de l'affection préexistante qui amène l'intolérance de l'estomac.

Présentation de pièces.

M. Berger, met sous les yeux de la Société les pièces provenant

d'un sujet sur lequel il a pratiqué l'uréthrotomie interne et donne lecture de l'observation.

Observation. — Ce malade était entré le 25 juillet de cette année à l'hôpital de la Charité (Salle Sainte-Vierge, nº 28) pour une rétention d'urine. Deux mois auparavant il avait fait une chute dans laquelle son périnée avait frappé une planche placée de champ. Presque aussitôt il avait eu une hématurie peu abondante.

Pendant le mois qui suivit, la miction s'effectua sans difficulté, puis le jet d'urine avait diminué, et la difficulté de l'émission augmentant, on avait dû avoir recours à la dilatation. Pendant quelques jours on avait pu introduire des bougies des numéros 4 et 6, puis leur introduction était devenue impossible et le malade s'était décidé à venir à Paris et à entrer à la Charité,

M. Gosselin, à son premier examen, porta le diagnostic « rétrécissement traumatique de l'urèthre paraissant très-dur et très-étroit. » Du 25 juillet au 17 août, des tentatives quotidiennes furent faites tant par lui que par moi pour franchir le rétrécissement, en employant toute espèce de formes de bougies, mais en vain. A partir du 10 août, l'urine ne coulait plus que goutte à goutte, et par regorgement, elle laissait déposer une très-notable quantité de pus, et la vessie de jour en jour remontait plus haut au-dessus de la symphyse.

M. Gosselin, dans ces conditions, me conseilla de pratiquer l'uréthrotomie externe sans conducteur, et j'allais procéder à cette opération le 18 août au matin, quand le malade m'annonça qu'après des efforts qui avaient duré toute la nuit il était parvenu à passer lui-même une bougie nº 2 tortillée et collodionnée, et qu'il l'avait maintenue dans le rétrecissement. Mon plan était dès lors changé ; je fixai à demeure la bougie avec laquelle le malade put uriner. Le lendemain une seconde bougie filiforme de même grosseur fut passée à côté de la première et également laissée à demeure. Le malade ce jour-là rendit une grande quantite d'urine purulente.

Depuis son entrée à l'hôpital, le malade n'avait pas présenté de fièvre: les reins ne paraissaient pas sensibles à la palpation. Je résolus de faire aussitôt l'uréthrotomie interne. Celle-ci fut pratiquée le 20 août à 8 heures 1/2 du matin avec la lame moyenne de l'uréthrotome Maisonneuve. Une sonde coupée du bout, nº 17, fut introduite et laissée ouverte à demeure avant que le malade eût laissé échapper d'urine. Celle qui sortit de la sonde était trouble et un peu colorée par le sang : elle redevint aussitôt claire et la sonde fonctionna régulièrement. Le malade prit 0,50 centigrammes de sulfate de quinine.

Jusqu'à 6 heures tout se passa régulièrement : à partir de ce moment se produisit un grand frisson, la température atteignit 39º,4, et la sonde cessa de fonctionner. Depuis lors jusqu'à sa mort, le malade n'émit plus une goutte d'urine.

Le frisson se reproduisit à minuit.

Le lendemain, 21, algidité, cyanose, pouls insensible, sensibilité des plus vives à la région lombaire et dans les flancs, la vessie ne contient pas une goute d'urine. Je retire la sonde à demeure qui renferme

quelques caillots, mais qui n'est pas bouchée ; je fais administrer un gramme de sulfate de quinine, un bain de vapeur, 40 ventouses sèches sur la région lombaire.

La nuit le malade a du délire et commence à vomir.

22 *août.* — Il n'y a pas eu de nouveau frisson ; le malade n'a point émis d'urine et pourtant la vessie est vide. L'état est toujours le même, les vomissements continuent. La température qui, la veille au soir, était de 40°, est tombée à 36°,8. On renouvelle les mêmes prescriptions.

23 *août.* — La température est de 37°,5 et néanmoins la langue et la peau sont sèches, la soif ardente, les vomissements continuels. On revient aux bains de vapeur, aux ventouses, à l'alcool dilué.

Le malade meurt à 7 heures du soir ; 81 heures après l'opération.

Voici ce que nous a démontré *l'autopsie,* faite le 25.

Il n'y avait d'autre altération viscérale qu'un peu de congestion à la base des poumons ; toutes les lésions étaient concentrées dans l'appareil urinaire.

Le *canal de l'urèthre* jusqu'au niveau du bulbe ne présente rien d'anormal : on peut constater qu'il n'a nullement été intéressé par la lame de l'uréthrotome. Le *bulbe* et une partie de la *région membraneuse* sont transformés en un noyau fibreux dense que la lame de l'instrument a très-nettement sectionné d'avant en arrière. L'incision n'a pas dépassé les limites de cette induration cicatricielle, aucun vaisseau important n'a été ouvert en ce point.

Un peu au-dessus de lui, à la partie supérieure de la région membraneuse, l'urèthre, qui a repris son calibre normal, présente une sorte de perforation conduisant dans une petite cavité grosse comme un pois. A l'autopsie celle-ci contenait une certaine quantité d'urine purulente ; cette cavité, tapissée par une membrane pyogénique bien formée, prédomine du côté du plexus de Santorini ; c'est un abcès urineux en train de se former et de progresser vers l'intérieur ; la nature même de la membrane qui le tapisse démontre que sa formation est antérieure à l'opération.

La région prostatique est saine, la vessie n'est pas encore fort altérée, mais les plexus veineux prostatiques antérieurs et surtout latéral gauche sont le siége de coagulations, d'autant plus organisées et paraissant plus anciennes que l'on se rapproche davantage de l'urèthre et notamment de la proximité de l'abcès urineux dont ces coagulations semblent partir.

Les veines les plus rapprochées de cette région sont remplies par des caillots fibrineux, plus en avant et plus loin, ce sont encore des caillots mous, colorés. Nulle part l'intérieur des veines ne m'a paru renfermer de caillots en régression d'urine ou de pus.

Ce sont les reins qui présentent les lésions les plus considérables. Ils paraissent constitués de stries rouges et blanchâtres attenantes. Çà et là des points miliaires, d'une coloration plus blanche encore, indiquent l'accumulation des globules blancs et l'apparition de la suppuration. En somme, quoiqu'il n'y ait pas encore d'abcès formé, l'on y rencontre

les lésions d'une néphrite interstitielle suppurative, ainsi que me l'a du reste affirmé mon collègue M. le Dr Landouzy qui a examiné la pièce avec le plus grand soin.

Réflexions. — J'ai rapporté cette observation et présenté cette pièce comme un fait heureusement rare et destiné, je l'espère, à le devenir davantage encore. L'indication était pressante, je me suis entouré de toutes les précautions exigibles, abstension de toute violence dans l'introduction des instruments, choix d'un uréthrotome et d'une sonde absolument neufs venant de chez le fabricant et n'ayant pas séjourné dans les boîtes où sont renfermées les sondes qui servent journellement au catéthérisme, recommandation faite au malade et suivie par lui de ne point uriner avant que la sonde à demeure n'eût été introduite ; celle-ci laissée ouverte, et son fonctionnement régulier assuré aussitôt par une injection dans le but d'évacuer complétement et de laver la vessie, etc...

Ces précautions prises pour mettre l'opéré à l'abri des complications infectieuses qui peuvent être la suite des manœuvres instrumentales pratiquées sur les voies urinaires, ne l'ont pas préservé des plus redoutables suites de l'uréthrotomie interne ; et j'ai à discuter, en présence des résultats acquis par l'autopsie, la cause de sa mort.

On sait que pour expliquer ces accidents rapides deux explications ont cours actuellement encore. L'une, qui place leur cause dans l'intoxication provenant du contact de la plaie uréthrale avec une urine altérée ; l'autre qui les fait dépendre des lésions rénales (congestion ou néphrite aiguë) qui sont la conséquence du traumatisme des voies urinaires.

Le résultat de cette autopsie de même que les phénomènes observés pendant les quelques jours qui ont suivi l'opération, me semblent venir entièrement à l'appui de la seconde de ces opinions.

Il n'existe d'abord dans le cas présent aucun indice de l'absorption d'urines toxiques, ni même de leur contact avec la plaie de l'urèthre. La sonde, en effet, fonctionnait bien, et les urines se sont supprimées dès le premier frisson. Les traces manifestes de phlébite que révèle l'autopsie ne peuvent davantage être invoquées à l'appui de la doctrine de la septicémie urineuse. Il s'agit ici, en effet, d'une thrombose plutôt que d'une phlébite, et j'ai déjà insisté sur ce fait que le calibre des veines malades ne renfermait ni pus, ni caillots en régression, ni urine, ainsi que cela a été observé dans quelques cas. La thrombose par un siége paraît du reste bien plus en rapport avec la production de l'abcès urineux qui existait au-dessus du rétrécissement. J'ajoute que la lame de l'uréthrotome ne paraît pas avoir incisé ce dernier même dans toute son épaisseur.

Je ne reviendrai pas sur l'observation pour montrer que les phé-

nomènes observés pendant la vie étaient ceux de la néphrite. Grand frisson initial, puis vomissements continuels, douleur rénale, abaissement de la température alternant avec des élévations vespérales, mais surtout la suppression complète des urines. L'autopsie a suffisamment fait voir qu'il s'agissait, en effet, d'une néphrite interstitielle aiguë double que la mort rapide du malade avait seule empêché d'arriver à la suppuration.

Quelque obscure donc que soit encore la nature de cette relation vasculaire et nerveuse qui, à la suite d'un traumatisme de l'urèthre, vient affecter les reins d'un individu chez lequel il ne pouvait s'être produit encore de lésion rénale chronique, le cas présent nous rappelle à la réalité de son existence, et sans restreindre les indications de l'uréthrotomie interne, il doit rendre le chirurgien d'autant plus ménager de son emploi que la complication dont il s'agit ne dépend, je le crois, en aucune façon du manuel opératoire, et qu'une fois qu'elle s'est produite le chirurgien n'a que bien peu de recours contre elle.

Discussion.

M. Verneuil. L'exemple que vient de nous présenter M. Berger est un type établissant la mort par néphrite. Il réunit de la façon la plus complète, les conditions de la septicémie urinaire. Un frisson formidable, une anhurie presque absolue suivie de la rétention des matériaux de l'urine dans le sang, de la cyanose, une variation considérable dans la température, ne sont-ce pas là les phénomènes qui sont propres à cette intoxication et qui la séparent des autres variétés de pyohémie ?

M. Parise. J'ai écouté avec intérêt la présentation de M. Berger, mais il me semble qu'elle est incomplète sur quelques points. D'une part, les lésions de la néphrite ne sont pas très-accusées ; les reins, au lieu d'être congestionnés, paraissent pâles et sont d'un petit volume. En second lieu, je demanderai à M. Berger s'il a suivi la transmission inflammatoire depuis l'urèthre jusqu'aux reins. Enfin, les grandes viscères, foie, poumons, ont-ils été examinés comme cela devait avoir lieu en présence d'une phlébite des veines péri-prostatiques ?

M. Berger. Il y a d'abord un fait qui doit appeler l'attention ; c'est le temps très-court écoulé entre l'opération et l'apparition des accidents dont l'évolution a été si rapide. Je répondrai ensuite à M. Parise que l'existence d'une néphrite, peu apparente aujourd'hui sur ces pièces qui ont macéré quelques jours, n'est nullement douteux. Les reins examinés avec soin renfermaient des exsudats interstitiels. D'autre part, le foie, les poumons ne présentaient aucune altération. Ils ne renfermaient pas d'infarctus et on ne trouvait qu'un peu de congestion à la base des poumons.

Présentation de malade.

M. Peyrot présente à la Société un malade atteint de luxation de l'extrémité inférieure du cubitus. (*Commission :* MM. Perier, Berger et Lannelongue, rapporteur.)

La séance est levée à 5 h. 1/4.

Le Secrétaire,
LANNELONGUE.

Séance du 4 septembre 1878.

Présidence de M. TARNIER.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine ;

2° La *Gazette Italienne-Lombarde; The Britsh medical Journal.*

Rapports.

I.

M. de Saint-Germain lit le rapport suivant sur une note adressée par M. le Dr Gaillard, ayant pour titre : *De la guérison spontanée de l'hydrocèle des jeunes enfants.*

Dans une note intitulée : *De la guérison spontanée de l'hydrocèle des jeunes enfants,* M. le Dr Gaillard s'attache à démontrer que dans le jeune âge, l'abstention doit être pratiquée.

L'opération de l'hydrocèle chez les enfants rentrerait, suivant lui, dans le cadre des opérations que l'on ne doit pas faire, et M. Gaillard met à défendre son opinion une énergie et une fermeté que je louerais fort si nous n'étions pas déjà tous de cet avis.

Il établit en effet qu'au point de vue de la curabilité spontanée, il faut faire une grande différence entre l'hydrocèle de l'adulte et l'hydrocèle des enfants, ce qui est généralement admis, et il s'étonne surtout que dans les traités de chirurgie on ne donne pas la guérison spontanée comme la règle dans le jeune âge.

M. Gaillard a la bonté de citer à l'appui de son opinion un passage d'un assez médiocre article écrit par moi dans le *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*, et dans lequel je déclare m'être bien trouvé des applications de solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque. Il y voit un aveu constatant que l'opération n'est pas toujours indispensable. Je ne sache pas de chirurgien qui ait jamais émis l'avis que l'hydrocèle soit impossible à guérir sans opération.

Mais M. Gaillard va plus loin. Puisque l'on guérit avec le chlorhydrate d'ammoniaque, pourquoi ne guérirait-on pas avec rien ? Et il cite un certain nombre de faits dans lesquels l'abstention pure et simple a été suivie d'un plein succès au bout de 2 ou 3 mois.

Mieux encore : il aurait vu guérir, en ne faisant rien, un de ses jeunes parents opéré, peu de temps auparavant, par la ponction et l'injection. Il est rationnel de penser, dit-il, que l'hydrocèle eût disparu tout aussi bien la première fois sans opération. La conclusion n'est pas rigoureuse. Que l'opération donne parfois des insuccès, nul ne le nie ; mais que M. Gaillard attende d'une part avant de se prononcer sur la guérison de son jeune parent, et, d'autre part, veuille bien se demander si comme il arrive parfois, et 3 mois ne constituent pas un si long espace de temps, l'opération ne peut pas revendiquer une part tardive dans le succès.

Je trouve également que pour une affection aussi fréquente que l'hydrocèle, les observations de M. Gaillard ne sont ni assez nombreuses, ni assez détaillées.

Le tout porte sur 13 cas dont 6 ont été ponctionnés ou traités par les applications de chlorhydrate d'ammoniaque, et 7 ont été absolument livrés à eux-mêmes. De ce que ces 7 ont guéri, M. Gaillard conclut à la règle absolue de la guérison spontanée. Sans parler en effet de la durée problématique de la guérison, ce n'est pas sur 7 cas que l'on peut légiférer.

Il regrette que cette loi soit peu connue des jeunes praticiens, et, passant en revue les dangers que peuvent présenter les différents procédés opératoires, il cite un propos de Denonvilliers qui, dit-il, s'y connaissait bien. Si j'avais à subir une opération, aurait dit l'illustre auteur du *Compendium*, c'est surtout pour l'hydrocèle que je choisirais un chirurgien habile. Franchement, c'est faire à l'hydrocèle beaucoup d'honneur, et j'aime mieux l'appréciation de Nélaton, qui se plaignait un jour des émotions que pouvaient causer la plupart des opérations aux chirurgiens les plus aguerris. « Heureusement, ajoutait-il, que nous avons les hydrocèles. »

J'arrive aux conclusions de M. Gaillard La première est celle-ci : L'hydrocèle des jeunes enfants jusqu'à l'âge de 5 à 6 ans, ne doit *jamais* être opérée. Si M. Gaillard pouvait suivre durant un mois seulement le service chirurgical d'un hôpital d'enfants, et Dieu sait si les hydrocèles y abondent, il y verrait qu'on n'opère jamais un enfant au-dessous d'un an, que passé ce terme, on emploie les résolutifs, puisque les parents ont employé, sans s'en douter, le traitement négatif de M. Gaillard, et qu'il n'a pas réussi. Qu'enfin, en cas d'insuccès des résolutifs, et notamment du chlorydrate d'ammoniaque dont l'action légèrement irritante produit en général un effet plus efficace que nuisible ; en cas d'insuccès, dis-je, et si

l'hydrocèle prend des proportions gênantes et peut-être préjudiciables au développement du testicule, on pratique l'opération, soit par la ponction et l'injection, soit par le procédé de Defer, de Metz, acclimaté et vulgarisé par nombre de chirurgiens, notamment par MM. Maisonneuve et Desormeaux.

Cette ligne de conduite, suivie depuis fort longtemps dans les hôpitaux d'enfants, me paraît à peu près coïncider, si l'on excepte l'intolérance peut-être un peu radicale du début, avec les propositions qui terminent la note de M. Gaillard.

En somme, comme en raison de l'intérêt qu'il présente, le travail de M. Gaillard me semble apporter un certain appoint aux titres sérieux qu'il s'est déjà acquis à la place de membre correspondant, je propose à la Société :

1° De remercier M. Gaillard de sa communication ;

2° De déposer son travail dans les archives de la Société.

Discussion.

M. Boinet. Ce n'est pas la première fois que vient, devant la Société, la question d'opportunité de l'opération de l'hydrocèle chez les jeunes enfants. Les accoucheurs ont déjà insisté sur la guérison spontanée des hydrocèles des nouveaux-nés, et M. Blot a rapporté plusieurs observations qui ne permettent pas de doute à cet égard. L'opinion est donc déjà faite à ce sujet, et M. Gaillard n'en a nullement la priorité.

Je suis d'avis qu'il faut opérer les hydrocèles congénitales vers l'âge de 5 ou 6 ans, parce que les hydrocèles prédisposent à la formation des hernies, lorsqu'elles persistent trop longtemps, aussi faut-il opérer à cet âge pour éviter cet accident.

M. Desprès. Je partage complétement l'opinion de M. Gaillard, et je trouve que l'on abuse souvent d'opérations, peut-être lucratives, mais qui sont sans utilité.

Il y a des hydrocèles réductibles, sur lesquelles on obtient, par l'application du chlorhydrate d'ammoniaque, des guérisons qui seraient arrivées spontanément. Je n'ai jamais opéré d'hydrocèle congénitale, et j'ai pu étudier la marche que suit cette affection abandonnée à elle-même. J'ai opéré, ce matin, un jeune garçon de 16 ans, entré dans mon service pour une autre affection ; en examinant ce malade, mon interne découvrit une petite hydrocèle sur laquelle le malade nous donna les renseignements suivants : L'hydrocèle avait été à un moment plus considérable, puis elle avait diminué, mais depuis plusieurs années, elle était stationnaire, aussi est-ce cette raison qui m'a décidé à l'opérer pour éviter de lui voir prendre de l'extension.

Je voulais faire une autre remarque sur la variation de volume

que peuvent présenter des hydrocèles non réductibles. Je vois, depuis quelque temps, un enfant de 3 ans, atteint d'hydrocèle qui a le volume d'un gros œuf; par un temps froid, la tumeur diminue, par un temps chaud, elle augmente; en présence de cette diminution momentanée, je crois plus prudent d'attendre, il peut y avoir guérison spontanée.

M. Marjolin. Depuis longtemps on a conseillé de ne pas opérer les hydrocèles des jeunes enfants, et les faits que j'ai pu recueillir me confirment dans cette opinion. Je me souviens d'un jeune enfant que j'opérai en lui passant un séton de fil de soie, le lendemain l'enfant succombait avec une péritonite suppurée.

Si l'application de compresses, trempées dans une solution de chlorhydrate d'ammoniaque, amène des guérisons chez des adultes, à plus forte raison chez les enfants.

Je rapporterai une observation d'hydrocèle, tirée de la pratique de mon père, où la guérison fut obtenue par l'application du chlorhydrate d'ammoniaque, dans un temps assez rapide, et j'ajouterai que ce malade fut très-reconnaissant à l'égard de mon père qui avait pu le guérir sans recourir à des moyens plus énergiques.

M. Tarnier. Les hydrocèles des nouveaux-nés ne sont pas rares, c'est vers le deuxième ou troisième jour qu'on les voit apparaître. Les premières que j'ai pu observer ont été traitées par des compresses trempées dans du vin aromatique, j'obtenais ainsi des guérisons, mais j'ai abandonné ensuite les hydrocèles à leur marche naturelle et elles guérissent tout aussi bien.

Cette pratique est aujourd'hui la pratique courante de tous les chirurgiens et M. Gaillard ne fait que la confirmer.

Je ferai observer à M. Després qu'il n'est pas conséquent avec les principes qu'il vient d'émettre. Après avoir affirmé hautement qu'il partage les opinions de M. Gaillard et après avoir dit que l'on abusait souvent d'opérations inutiles, il nous dit qu'il vient d'opérer un jeune garçon, entré dans son service pour une autre affection, sur lequel son interne a constaté une petite hydrocèle dont le malade ne se plaignait nullement. Je ne vois pas trop quelles sont les raisons qui ont pu décider M. Després à intervenir.

M. Després. La raison qui m'a décidé à opérer ce jeune homme, est bien simple ; l'hydrocèle était stationnaire depuis onze ans, il y avait donc impossibilité d'espérer une guérison naturelle, il pouvait y avoir augmentation, donc l'opération était indiquée.

Je crois qu'il faut faire une distinction entre les hydrocèles des enfants et les hydrocèles des adultes, aussi je n'ai jamais vu une hydrocèle d'adulte guérir sous l'influence des applications astringentes.

On voit souvent des hydrocèles symptomatiques d'affections du testicule qui disparaissent avec des applications extérieures, mais l'hydrocèle idiopatique ne peut guérir que par une opération.

M. Marjolin. Je crois que M. Desprès va trop loin en disant jamais, et je puis affirmer que dans l'observation que je viens de rapporter il n'y avait aucune affection du testicule.

M. de Saint-Germain. Je ne veux ajouter qu'un mot. J'opère les hydrocèles chez des enfants de 3 ans, lorsqu'elles présentent le volume d'un œuf et je n'ai jamais eu d'accidents.

Je n'emploie pas le séton qui me paraît un procédé dangereux, j'ai toujours recours à la ponction suivie de la cautérisation de la poche, préconisée par M. Defer, de Metz, et que j'ai vu employer par MM. Maisonneuve et Desormeaux, et je n'ai jamais vu de complications.

Quant à la guérison spontanée chez les vieillards j'en ai vu un remarquable exemple chez un homme de 72 ans.

II.

M. Giraud-Teulon, lit au nom d'une commission composée de MM. Perier, Terrier, et Giraud-Teulon, un rapport sur une communication de M. Vibert, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu du Puy, intitulée :

Sur un nouveau procédé d'extraction de la cataracte à l'aide d'un mode d'incision de la cornée, donnant lieu à un double lambeau, c'est-à-dire à une porte à deux battants pour la sortie du cristallin.

Messieurs, la communication dont je vais discuter ici les éléments principaux, est trop récente pour ne pas être encore présente au souvenir des membres de la Société qui l'ont entendue. L'intérêt qu'a immédiatement éveillé chez chacun de nous la présentation pleine de netteté et d'humour de notre distingué confrère, n'est certainement pas encore amorti; chacun a été immédiatement séduit par le caractère à la fois judicieux, réfléchi, hardi sans témérité, des innovations de l'auteur, et convaincu d'avance de la sincérité de ses témoignages. Pour nous, en l'écoutant, nous nous disions, songeant aux difficultés innombrables qui circonviennent l'action d'un praticien livré à ses seules forces et obligé de faire face à toutes les éventualités : Voilà un vrai chirurgien.

Ce sentiment a dû être celui de tous à l'audition de cette façon simple et facile de surprendre ses malades, de leur extraire un cristallin à leur insu ! Et cette profonde observation psychologique à propos de ces opérés, qui, rendus à la lumière, ne *voient* qu'après avoir été *avertis* qu'ils voient en effet. Qui dit donc qu'en

matière de science (ou d'observation — c'est tout un), tout est fait?

Mais ne nous laissons pas trop entraîner aux digressions et arrivons au fait chirurgical lui-même.

Le titre que je viens de vous lire et vos propres souvenirs vous rappelleront que la méthode offerte à votre appréciation par M. le Dr Vibert, consiste dans la substitution d'une porte à deux battants à l'ouverture rectiligne de MM. Küchler et Notta, et placée au même lieu que la section de ce dernier.

Vous vous rappelez que cette dernière, horizontalement dirigée, et tangente au bord supérieur de la pupille, a pour limites (ponction et contre-ponction) les bords mêmes du cercle transparent de la cornée ; c'est la corde même de cette circonférence à la hauteur du bord pupillaire ; elle mesure de 10 à 11 millimètres à peu près.

Suffisante pour le passage de cristallins petits et moyens, elle est parfois un peu restreinte si l'on est en présence de grosses lentilles ; et l'auteur a pu craindre les difficultés qui entraveraient les gros accouchements. Nous ne saurions l'en blâmer, tout en suggérant qu'à ce point de vue unique, l'incision de Küchler qui part des extrémités du cul-de-sac scléro-cornéal et offre ainsi 2 millimètres de plus de corde, eût paré à ces inquiétudes.

Mais, comme nous le verrons, d'autres préoccupations encore dirigeaient notre confrère dans ses recherches.

Quoi qu'il en soit, notre confrère a transformé comme il suit le procédé de Notta :

Après avoir pris les précautions d'usage, dilatation préalable par l'atropine, maintien des paupières par l'ophthalmostat, fixation de l'œil, M. Vibert introduit à l'extrémité de la corde ci-dessus déterminée du cercle transparent de la cornée, un couteau plat et droit, mince, à deux tranchants, large deux fois comme celui de Graëfe et de la même longueur que lui ; il le fait ainsi glisser parallèlement au plan de l'iris, jusqu'au lieu de la contre-ponction, et ouvre ainsi deux petites portes parallèles entre elles, de 4 millimètres d'étendue, aux deux extrémités opposées de l'emplacement de l'incision future et perpendiculaires à sa direction projetée.

Cela fait, le couteau est retiré et remplacé par un couteau boutonné de Graëfe ou de Weber qui pénètre (aisément ?) dans les ouvertures latérales que nous venons de décrire : ce couteau introduit à plat est alors retourné de 90°, son tranchant dirigé en avant, et la section faite, comme on peut se le représenter aisément.

Le reste de l'opération est achevé comme dans la méthode de Graëfe ; M. Vibert ne pratique pas l'iridectomie.

Quant au pansement, il est des plus simples : « Depuis six ans,

dit l'auteur, je n'en fais plus ; je me borne à placer au devant des yeux une compresse dont je fixe les deux extrémités au bonnet du malade, au moyen de quelques épingles. Je suis très-peu sévère pour mes opérés ; je les laisse circuler dans leur chambre ou dans la salle dans un demi-jour, qui n'est même pas le plus souvent exactement observé dans une salle d'hôpital. »

Nous recueillerons en passant ce témoignage ; apporté par un homme aussi soucieux des intérêts de la science que de celui de ses malades, il nous offre une réelle importance. La question de la brève durée du maintien des appareils après l'opération de la cataracte a été déjà introduite devant la Société et y a trouvé de sérieux appuis : M. Panas d'abord, puis M. le professeur Gayet, de Lyon. Nous ne nous souvenons pas si nous avons en temps et lieu soutenu avec la même énergie leur opinion, mais depuis bon nombre d'années, nous professons cette formule moins affirmative peut-être que celle de nos confrères, mais peu éloignée de la leur : d'une manière générale, le bandeau contentif peut être maintenu sans inconvénient trois fois vingt-quatre heures ; mais vers le 4e jour, il commence à incommoder les paupières et à provoquer des blépharites plus ou moins fâcheuses. Il faut donc, pour nous déterminer à le laisser en place plus longtemps, quelques indications formelles : par exemple, une cicatrisation trop incomplète encore de la cornée chez un malade indocile ou agité ; — ou bien encore une hernie irienne qui menace de s'exagérer.

Les compte rendus de M. Vibert, nous autoriseraient à élargir notre formule, et à ne point même faire subir aux malades ces trois jours d'obscurité.

Cependant tout en acceptant avec la plus entière confiance son témoignage, comme nous devrons reconnaître plus loin qu'une certaine idée théorique, que nous aurons à combattre, peut, en cela aussi, dominer sa pratique, nous maintiendrons nos propres précautions de 3 ou 4 fois vingt-quatre heures, malgré l'invite encourageante qui ressort de la communication de M. Vibert.

Suites de l'opération.

C'est là le grand chapitre. Malheureusement notre habile et judicieux confrère n'a pas eu encore dans son œuvre de simplifications, l'avantage de reculer sensiblement à ce point de vue les limites dans lesquelles nous nous débattons tous. Dans ses observations comme dans les nôtres, nous rencontrons et avec les mêmes caractères, les *enclavements de l'iris*, et l'influence ultérieure, si particulièrement nocive, des inflammations consécutives de la capsule en contact avec des débris de substance corticale.

Nous remarquerons toutefois que son mémoire est muet sur un

accident des plus redoutables et des plus familiers dans l'extraction à lambeau : l'inflammation et la purulence des lèvres de la plaie cornéale. Quoique les lambeaux de M. Vibert doivent, par la plus grande brièveté de leur flèche, apporter moins de prédispositions que celui de Daviel à cette grave complication, il ne nous paraît pas qu'ils puissent en être exempts.

Une considération pourtant nous explique jusqu'à un certain point le silence de notre confrère ; nous verrons en effet tout à l'heure que c'est sur un certain degré de cette inflammation que le chirurgien du Puy fait reposer les avantages de sa méthode. Nous aurons à revenir sur ce point de doctrine dans un instant.

L'ophthalmite consécutive à l'extraction, et qui prend si souvent naissance dans des iritis ayant leur point de départ soit dans l'iris même, soit dans des inflammations ou des enclavements de la capsule, ou encore des procidences du vitréus, dans le gonflement consécutif et si malsain des reliquats de substance corticale, et non moins fréquemment peut-être, dans les méthodes à lambeau, dans la plaie cornéale elle-même, cette ophthalmite, notre confrère lui a assigné plus généralement sinon exclusivement, pour point de départ, l'intérieur du globe et non la porte de sortie.

Dans cette condition d'esprit, l'objet qui le préoccupe davantage et même longtemps à l'avance, trop à l'avance peut-être, c'est le soin de diminuer ou de prévenir la fâcheuse influence de l'excès de la pression intra-oculaire. Aussi dès que cette pression paraît s'accroître, n'hésite-t-il pas à rouvrir la cicatrice, il l'a fait jusqu'au 15e ou 20e jour après l'opération ; et cette pratique, vraiment chirurgicale, lui a valu de nombreux succès. Nous ne nous en étonnons pas. Cependant il nous paraît que ce mode d'intervention ne doit être adopté que sous la pression d'une indication formelle. C'est du reste à l'intelligence exacte de la situation que se reconnaît ici le véritable chirurgien.

Les dangers que font peser sur l'issue de l'opération les circonstances qui se rattachent aux lambeaux de la capsule et aux débris de la substance corticale demeurés en arrière sont, comme chacun sait, après l'extraction linéaire, et même souvent celle à lambeau, la grande préoccupation, même en admettant l'opération la plus correctement exécutée. M. Vibert a rencontré comme ses prédécesseurs, et sans doute dans les mêmes proportions, l'intervention de ce mauvais génie opératoire. Comme ses prédécesseurs aussi, ayant eu la chance trop rare d'obtenir, dans quelques cas, la sortie du cristallin dans sa capsule intacte, il a, comme eux, envisagé avec des yeux pleins d'espoir la transformation de ces accidents heureux en méthode.

On sait aujourd'hui que directement cherchée, c'est-à-dire par

des manœuvres ayant pour objet obligé la lacération de la zonule de Zinn, cette solution avec un certain nombre de succès, a dû enregistrer un nombre assez intimidant de revers. Les résultats acquis par la méthode de Pagenstecher n'ont pu ni dû la faire triompher : les périls qui suivent l'introduction d'un instrument, dont le premier effet est de lacérer et de rompre assez profondément les premières couches du vitré, l'emportent numériquement sur les avantages, si grands qu'ils soient, de l'issue du cristallin dans son enveloppe. M. Vibert doit être sur ce point de doctrine, très-près de notre propre avis, si nous nous en rapportons à son opinion sur les tentatives d'extraction plus ou moins violentes des lambeaux de capsule, ou encore sur les inconvénients de l'introduction des curettes jusque dans la chambre postérieure de l'œil.

Une seule voie peut-être demeure encore à étudier dans cette ligne. C'est la méthode de Sperino. Elle consiste, comme on sait, à procurer préalablement à toute ouverture du globe, la rupture de la zonule, en d'autres termes la luxation de la lentille. Au moyen de manœuvres douces et prolongées, consistant à malaxer la région ciliaire avec les doigts, Sperino a réussi à mobiliser la lentille et à la rendre toute prête à sortir, dès l'ouverture de la cornée. Cependant l'accueil très-réservé fait à cette méthode déjà ancienne, même par les chirurgiens italiens, doit nous imposer à nous aussi cette même réserve.

Cataractes secondaires.

La conduite de notre confrère en ces cas d'opacités secondaires progressives est celle de tous les praticiens ; il pratique la discision. Nous lui recommanderons d'ajouter à cette pratique les ressources offertes par l'iridectomie.

Résultats :

Les relevés statistiques apportés par l'auteur en faveur de sa méthode, sans être très-nombreux, portent cependant sur des chiffres assez élevés pour fournir une base à des appréciations voisines de la vérité.

Sur 59 opérations le tableau nous présente :

47 succès.

5 demi-succès (c'est-à-dire les cas ayant nécessité la formation ultérieure d'une pupille artificielle).

et 7 insuccès.

En centièmes, ces chiffres reviendraient à :

Succès complets...	79.32
Demi-succès	8.47
Insuccès	12.21
	100.00

Cas non triés, comprenant les sujets cachectiques;

La seule exclusion ayant porté sur les albuminuriques ou diabétiques avérés.

Ces résultats doivent nous arrêter un instant.

Concernant une méthode à lambeaux, ils sont assurément encourageants; nous les rapprocherons de ceux obtenus par les praticiens les plus experts dans la méthode à lambeau, qu'ils dépassent peut-être un peu; c'est avec cette méthode d'ailleurs qu'ils doivent entrer en ligne, par la double raison que l'extraction de M. Vibert est une méthode à lambeaux, et secondement, qu'il n'a point recours à l'iridectomie préalable, ni consécutive.

Ces résultats sont sans doute inférieurs à ceux fournis par les méthodes à petit lambeau, dérivées de celles de Graëfe et que l'on peut considérer approximativement comme linéaires; mais, comme nous le disions plus haut, c'est à celle de Daviel qu'ils doivent être comparés.

Nous ne parlons pas de certaines statistiques trop flamboyantes pour que rien en puisse être rapproché.

Nous venons, Messieurs, de passer en revue l'exposé de la méthode nouvelle communiquée par M. Vibert, la conduite de cet honorable et habile chirurgien dans les complications qui font un si considérable chapitre de toute opération d'extraction; nous vous avons fait connaître ses résultats.

Il est temps d'arriver aux principes qui l'ont guidé dans ses recherches, à l'objet qu'il a eu en vue dans les modifications qui vous ont été communiquées.

Ces principes, nous avons à les rechercher dans deux ordres de témoignages: dans l'exposition des idées mêmes qui ont dirigé l'auteur, en second lieu, dans les caractères incontestables de son action chirurgicale.

Arrêtons-nous d'abord à ces derniers : En quoi consiste le fait nouveau? dans la substitution à la méthode de Daviel, d'une porte rectangulaire à deux ventaux (exactement) ou lambeaux rectangulaires de 10 à 11 millimètres de longueur sur 2 millimètres, chacun, de largeur ou hauteur : voilà tout ce qui caractérise en fait la méthode; et sa conséquence immédiate est une ouverture ou porte de sortie offrant une aire de 40 à 44 millimètres carrés de superficie.

Comparons-la à l'aire offerte par l'incision linéaire de M. Notta. Cette dernière représente une surface elliptique plus ou moins extensible, mais dont on doit évaluer à 4 millimètres au moins le petit axe (épaisseur d'un cristallin normal). Si l'on suppose que ces 4 millimètres soient empruntés à la longueur de l'incision, l'ellipse en question aura *au maximum* pour aire $\varpi ab = 3.14 \times 5 \times 2 = 31^{mmc}4$; 10 étant le grand axe lors de la béance de la plaie.

L'aire offerte au cristallin pour sa sortie, dans la méthode nouvelle, est donc à celle de Notta, comme 4 : 3 pour le moins. Sous ce rapport, elle présente par conséquent sur cette dernière un avantage considérable. Toutefois, nous ferons observer que l'ouverture pratiquée par Notta, ou plutôt celle de Küchler, n'a jamais paru offrir les inconvénients de l'insuffisance.

Ce n'était pas là son point faible : le cristallin une fois hors de la chambre postérieure, c'est-à-dire quand il avait franchi la pupille, y trouvait toujours ample passage. Les entraves à la sortie, à notre connaissance du moins, ne se rencontraient que dans la résistance de la pupille : rigidité, synéchies postérieures excentriques, spasmes du sphincter irien.

C'est à quelqu'une de ces circonstances que nous avons dû attribuer nos insuccès ; et dans les cas heureux, nous avons eu assez souvent à constater des enclavements, le plus habituellement tardifs, de l'iris. Il y avait donc assurément quelque rapport, dont nous n'avons pas su démêler le mécanisme, entre ces enclavements, le jeu de la pupille et la position de la plaie.

Dans l'exposé des suites de son opération, M. Vibert est très-bref en ce qui concerne ces enclavements; voici tout ce qu'il en dit : « Les accidents qu'occasionne l'enclavement de l'iris disparaissent généralement au bout d'un temps plus ou moins long. »

Devons-nous interpréter cette phrase comme un indice du peu de fréquence ou d'importance de ces enclavements? Comme importance, il est vrai, l'enclavement de l'iris dans la cornée ne semble pas entraîner *en fait* tout le mal qui devrait théoriquement le suivre. Cependant, nous ne nous sommes jamais accoutumé à le considérer comme quasi-insignifiant. Nous estimons donc que si notre judicieux confrère consacre si peu de lignes à cet accident, c'est que sa fréquence ne lui a pas forcé à cet égard la main. Peut-être est-ce là un des avantages de sa large ouverture à deux ventaux sur le pertuis rectiligne de Notta ?

M. Vibert nous devra une édification ultérieure sur ce point.

Nous abordons maintenant la question des principes, le point de vue auquel s'est mis l'auteur quand il a imaginé son procédé. Ici, nous l'avouons, la route que nous avons en quelque sorte suivie en parallélisme avec lui, va plus ou moins diverger.

Admettant comme lui les avantages d'une porte de sortie de largeur non-seulement suffisante, mais quasi-surabondante, accepterons-nous sans objection les idées suivantes qui semblent l'objet principal poursuivi par notre confrère?

Jusqu'ici, l'idéal en matière de réparation chirurgicale, pour l'œil comme pour les autres organes que nous entamons, ç'a été, semble-t-il, *la réunion par première intention.*

C'est l'objet contraire que tend à réaliser M. Vibert. Frappé des tristes conséquences qui résultent d'une inflammation qui survient dans un œil fermé ; convaincu non sans raisons, mais dans les limites expresses de la présente formule, de l'avantage que présente une réouverture du globe quand une inflammation intérieure *y a développé* un excès de tension, notre confrère devance par la pensée l'existence de cette inflammation, et lui oppose, avant une manifestation qui peut-être n'aura pas lieu, le remède anticipé du débridement.

Dans cette vue, M. Vibert cherchera la méthode qui laissera le plus longtemps possible le globe plus ou moins béant, qui retardera le plus l'adhésion complète des lèvres de la plaie. Il s'attachera à n'obtenir qu'une réunion plus ou moins tardive.

La largeur — que nous avons qualifiée de presque surabondante — de la plaie est, à ce point de vue, et dans la pensée de l'auteur, un premier élément conduisant à cette réunion tardive. Suivant lui, plus un œil est enflammé, plus actif et plus rapide se fait au niveau de la plaie cornéenne l'épanchement plastique qui en réunira les lèvres ; plus prompte est alors cette adhésion, plus grande est par suite la résistance de la plaie à une réouverture sous la pression des liquides intérieurs.

Or, à la grande largeur de la plaie se rattachent d'abord et de toute évidence de moindres chances de contusion et par conséquent d'inflammation consécutive de la cornée; celle-ci sera donc moins sollicitée à une réunion prompte, terreur de notre confrère.

Cette proposition, dans ses prévisions, l'auteur craignait un peu qu'on ne la trouvât paradoxale. Nous ne saurions le blâmer de cette anticipation de son jugement sur le nôtre.

Parmi les faits acquis en matière de pathologie oculaire, il en est, en effet, quelques-uns qui paraissent en pleine opposition avec les idées de notre confrère.

Sans doute, quand une inflammation a éclaté *dans* un globe clos de toutes parts, qu'elle y a amené une hypersécrétion qui en accroît notablement la tension intérieure, le premier remède est le relâchement de cette tension, le débridement, la paracentèse. — Mais, par contre, une absence de clôture dans le globe oculaire, une fistule permanente sclérale ou cornéenne, l'absence prolongée de chambre antérieure; ne sont-ce pas là des éléments précurseurs de la fin atrophique de l'organe?

Devra-t-on dès lors, dans la crainte anticipée d'un excès *seulement possible* de tension, aller au-devant du danger sérieux qui s'attache à un œil maintenu à l'état fistuleux, maintenu plus ou moins béant dans des conditions si propices à la procidence non-seulement de l'iris, mais du vitré!

L'auteur ne se préoccupe donc pas des dangers inhérents à cette diminution de pression intérieure maintenue plus ou moins longtemps *au-dessous* de son type normal? Il n'en craint donc pas les effets au point de vue des hémorrhagies possibles de la chambre postérieure de l'œil, pour peu que le système vasculaire y soit disposé à l'affaiblissement athéromateux, condition si fréquente chez le vieillard!

Mais, sans envisager un état secondaire aussi éloigné, l'auteur devait, nous semble-t-il, tenir plus de compte du danger quasi-immédiat et le plus grand qui menace l'œil après l'extraction à lambeau : à savoir la suppuration primitive de la cornée. Or quels sont les débuts de cette triste scène? Justement, la présence d'un petit arc de cercle plus ou moins purulent le long des bords de la plaie; la prolifération en excès des lèvres de la solution de continuité. Et c'est là ce qu'il risque de produire par une cicatrisation lente, tardive, inflammatoire en un mot. Est-il donc si assuré de limiter sa réunion par seconde intention à ce juste degré de prolifération également distant de l'adhésion immédiate et de la purulence?

Notre confrère ne dit mot de ces objections qu'il devait lui-même opposer à sa méthode, ou du moins aux principes sur lesquels elle s'appuie. Son unique argumentation est empruntée aux résultats obtenus de certaines expériences sur les animaux.

Ces expériences ont consisté à pratiquer sur des lapins et des moutons des plaies pénétrantes lacérant la cornée et l'iris.

Ces plaies qui sont si graves chez nous, se guérissent chez les animaux avec une rare promptitude. L'auteur attribue ce résultat à la facilité avec laquelle ces animaux réussissent à maintenir le globe à l'abri de tout excès de tension, par l'évacuation volontaire de la chambre antérieure sous l'action de leurs muscles extrinsèques.

Et il s'est convaincu de l'exactitude de cet aperçu par une contre-épreuve. Avant de pratiquer les traumatismes en question, il sectionne les 4 muscles droits. A la suite de cette opération, les traumatismes ci-dessus sont loin d'être aussi innocents, la cornée devint opaline, et les plaies cornéennes et iriennes provoquèrent une inflammation qui fut d'autant plus vive que *les plaies étaient plus obliques.*

Nous ne saurions avoir la prétention de discuter ici ces expériences. Elles comportent trop d'éléments divers à étudier. Leur contrôle et leurs conséquences ressortissent aux laboratoires de la physiologie expérimentale. Est-ce bien à la suppression de la faculté compressive du globe, attribut évident des muscles droits, qu'il faut, avec l'auteur, attribuer la perte de l'immunité relative

pour les traumatismes dont jouissent les animaux en question? Doit-on, au contraire, comme M. Vibert l'a lui-même soupçonné, doit-on en chercher la raison dans la section des filets nerveux, trophiques intéressés dans la ténotomie? Il est clair que ce ne sont pas là des questions à trancher au pied-levé. Ce que nous pouvons dire seulement, c'est que ce que l'on connaît des troubles de nutrition de la cornée dans les cas dits de phlegmasie névro-paralytique donne à cette dernière supposition une réelle importance.

Laissant à la physiologie expérimentale le soin de décider cette question incidente, nous nous bornerons à dire finalement que l'idée fondamentale de l'auteur et qui substitue volontairement la réunion retardée de la plaie à son adhésion immédiate, est en conflit absolu avec les enseignements généraux, universels peut-être, de la clinique oculaire.

Suivant ces derniers, si le débridement d'un œil, frappé de tension en excès, est une des indications les plus formelles de la thérapeutique ophthalmique, la création d'une soupape de sûreté préventive, c'est-à-dire, d'un état permanent de diminution de la pression au-dessous du taux normal, par une fistule large et enflammée, est par elle-même un des plus gros périls auxquels on puisse exposer l'organe.

Si l'auteur, par sa méthode, obtient des résultats encourageants, il y a certainement lieu à en chercher la cause dans de tout autres éléments. Ceux qu'il invoque nous paraissent avoir, au contraire, un caractère entièrement négatif.

L'auteur termine son argumentation par la comparaison de la forme ou de la qualité de l'incision dans sa méthode et celle de de Graëfe, et cette argumentation nous remet sous les yeux les derniers mots de la citation précédente, relative aux expériences instituées sur les animaux : « L'inflammation secondaire (déterminée par la section des muscles droits) s'est montrée d'autant plus vive que les incisions cornéales étaient *plus obliques*. »

Cette obliquité paraît en effet à M. Vibert le caractère différentiel le plus saillant entre les incisions de de Graëfe et la sienne.

Avant d'aller plus loin il y a lieu ici à écarter un malentendu. L'incision de de Graëfe se prête à deux appréciations absolument différentes et même contraires : son *incision linéaire théorique* est une section de la cornée contenue toute entière dans un plan méridien, une section plane de grand cercle, la ligne droite de la sphère ; mais son incision pratique est tout autre. Il n'a pas fallu grand temps à cet admirable observateur pour reconnaître que sa section droite, au lieu où il la plaçait forcément, voulant la faire bénéficier des avantages nutritifs de la position sclérale, que cette section droite, disons-nous, offrait une porte de sortie insuffisante

pour la majorité des cristallins. Aussi, avant une année écoulée, cette section qualifiée cependant toujours de linéaire, et partant des mêmes points, était-elle étendue plus ou moins extérieurement par son sommet, jusque dans la région sclérale franche, et par delà le canal de Fontana, dessinant ainsi un vrai lambeau à large suface de contact : le type de ce que l'on pourrait appeler *une incision oblique*. Nulle part dans l'œil, excepté dans cette région ciliaire, on ne pourrait trouver une place aussi bien disposée pour recevoir une section oblique de telle étendue. Et quand notre confrère affirme que cette obliquité, ce biseau, offrent un grand avantage pour l'affleurement permanent des contacts, nous ne pouvons que nous joindre à lui et accepter sa comparaison avec les coupures obliques faites dans une outre gonflée.

Mais quand il parle d'une soudure *bout à bout* comme étant celle de de Graëfe, M. Vibert désigne l'incision théorique et non celle qui a servi aux nombreux cas composant la statistique de de Graëfe, et celles des premières séries opératoires de ses élèves. Cette digression était obligée pour nous tirer d'un malentendu.

Quand on cite la méthode clinique réelle de de Graëfe, au point de vue de ses résultats, c'est d'une incision à longue surface oblique, ou mieux d'un lambeau taillé obliquement dans un tissu, et dont les deux lèvres de contact présentent une surface relativement très-large. Et cette section offre le double avantage de se prêter à un affrontement particulièrement facile et dans une région où les réparations cicatricielles se font avec la facilité maximum. La première conséquence de ces données est une coaptation facile *et la réunion par première intention*. La surface oblique joue là un rôle différent de celui que lui assigne M. Vibert : elle se prête admirablement à la réunion immédiate.

Si nous recherchons au contraire les cas où l'affrontement a lieu bout à bout, pour nous servir de l'expression de M. Vibert, il faut prendre les méthodes plus généralement adoptées aujourd'hui, comme celles dites à petit lambeau (Lebrun, Warlomont, Liebriech), dérivées des idées premières de de Graëfe, et où la section est plus ou moins intérieurement portée dans la cornée elle-même ; et surtout celles de Küchler et de Notta qui en occupent la région centrale. Or ces dernières se caractérisent cliniquement par une durée un peu plus lente de la cicatrisation.

C'est en effet avec ces deux dernières que M. Vibert devait établir sa comparaison, s'il faisait consister toute sa méthode dans cet affrontement bout à bout des lèvres de la plaie ; et non avec celles de la grande époque de de Graëfe où l'affrontement se fait par surfaces obliques.

Mais ce point de vue ainsi limité est au fond des plus inexacts.

Si l'incision de M. Vibert, considérée comme telle, est parfaitement linéaire et exécutée dans un grand cercle de la sphère, cette particularité n'est qu'un détail dans la méthode. Si on veut l'envisager dans ses qualités fondamentales, c'est à l'incision de Daviel qu'il faut la comparer. C'est une plaie *à lambeaux* et non à section soit droite, soit oblique ; à deux lambeaux, il est vrai, et dans l'espèce, un peu moins désavantageuse que le lambeau unique de Daviel, eu égard a sa moindre mobilité.

Entre les incisions linéaires plus ou moins obliques et les incisions formant lambeaux, il y a une différence radicale au point de vue mécanique. Dans les premières, le chirurgien se rapproche le plus qu'il le peut des conditions de la simple incision plane, où tout concourt à une coaptation spontanée et permanente. Les secondes présentent une porte à charnière comme intentionnellement préparée pour céder à toute différence de pression ; la fixité est la qualité des premières, la mobilité, le défaut des secondes.

Quelles conditions moins favorables peut-on en effet réunir pour une coaptation permanente que celle offerte par le lambeau de Daviel ! Mais c'est là justement son point faible, à cette glorieuse méthode : à savoir la prise qu'offre à toute différence de pression entre le dedans et le dehors, et quel que soit le sens dans lequel s'exerce cette différence de tension, cette porte roulant sur charnière que représente ce lambeau semi-circulaire formé par la moitié mobile de la cornée !

Cette vraie soupape faite sur le modèle d'un couvercle de tabatière !

Or, les mêmes conditions mécaniques partagées entre deux lambeaux se retrouvent, amoindries, il est vrai, par ce partage, dans la méthode de M. Vibert. Au lieu de cinq millimètres de flèche que mesure au minimum le lambeau de Daviel, ceux de M. Vibert en mesurent ensemble quatre seulement : grand avantage, puisque, de chaque côté, la différence de pression ne trouve pour bras de levier que deux millimètres au lieu de cinq. Mais, malgré cela, c'est toujours le même principe mécanique qui préside à l'équilibre. C'est à la méthode Daviel que doit être comparée la méthode de M. Vibert, et non à celle de de Graëfe, avec laquelle elle n'a point mécaniquement de rapports.

Dans le cas de cette dernière, imaginons un excès de pression de dedans en dehors : cet excès dirigé comme dans toute enveloppe sphérique suivant le rayon de la sphère, s'exerce avec une intensité théoriquement égale en tous les points de l'enveloppe : si donc elle agit au centre de la plaie, de façon à en écarter les lèvres, cette même force, appliquée aux extrémités, tend dans une certaine mesure à les rapprocher, à fermer la boutonnière.

Aussi considérons-nous le mécanisme comparé des deux méthodes tout autrement que notre confrère. En terminant son parallèle, M. Vibert nous disait : « Si les pertes complètes de l'œil sont beaucoup plus rares avec la méthode de de Graëfe que dans celle de Daviel, c'est que l'incision de de Graëfe permet beaucoup plus que la plaie oblique de Daviel, un débridement spontané; c'est là tout le secret. »

Notre conclusion sur ce point est, comme on a pu le voir, directement opposée à celle de notre confrère. Toute porte trop facile à ouvrir prédispose *ipso facto*, à l'inflammation de l'œil, à l'ophthalmie: à la fonte purulente de la cornée.

Nous lui demanderons pardon de cette énergique opposition : elle ne s'attaque qu'à quelques propositions doctrinales, et M. Vibert ne devra reconnaître dans cette sévérité qu'une preuve de plus de l'estime où nous tenons ses contributions au développement de l'extraction de la cataracte. On ne se campe en travers que vis-à-vis les forts.

Au point de vue pratique, nous devons tous nos encouragements à ces essais d'un réel mérite dans lesquels nous signalerons cependant encore quelques desiderata.

Le premier est le regret de ne trouver aucun chiffre dans ses relevés, relativement au nombre de jours dont *la réunion tardive* ajourne la guérison. C'était un des grands avantages attachés à la réunion immédiate que l'abréviation de la durée de la cicatrisation. Ce n'est pas à un praticien de cette expérience qu'il faut rappeler les dangers d'un séjour au lit trop prolongé chez des vieillards. Il est vrai que M. Vibert laisse ses malades presque *en liberté* dans l'hôpital dès le lendemain, sinon le jour de l'opération. Quoi qu'il en soit, la supputation de ces durées relatives est un élément de valeur dans le choix des méthodes opératoires.

En second lieu, M. Vibert nous vante la facilité de son manuel opératoire. Nous y trouvons cependant une sorte d'écueil : quand il faut remplacer le premier couteau à deux tranchants par son couteau boutonné, la chambre antérieure est vide, ou au moins très-diminuée de capacité. Est-il alors aussi aisé que le dit notre confrère de pénétrer entre l'iris et la cornée et d'entr'ouvrir la porte de la contre-ponction ? Ce sont là de simples questions, mais il nous paraît qu'elles demandent une solution.

Pour conclure, nous rencontrons dans l'exposé qui nous a été fait par M. Vibert des résultats qui, en tant que chiffres, et sous le rapport de la diminution de l'ouverture de la porte de sortie, témoignent d'un progrès dans la méthode de l'extraction de la cataracte dite à lambeau. L'auteur paraît avoir réussi à réduire

l'étendue de la plaie sans nuire aux succès et même en augmentant leur proportionnalité.

Cependant cette proportionnalité de quelque peu supérieure à celle de la méthode classique, demeure inférieure aux résultats obtenus dans la méthode dite à petit lambeau et connue sous les noms de Lebrun, Warlomont, Liebriech, et généralement, sous des noms divers, adoptés aujourd'hui. Ce serait donc chose imprudente que d'en proposer la substitution à ces dernières, d'autant plus que si sa statistique est assurément satisfaisante, il y a lieu d'en reporter le mérite à l'habileté personnelle de son auteur et sans doute à quelques autres circonstances qu'il serait téméraire de juger en l'état.

Nous avons en effet développé les motifs qui ne nous paraissent point permettre d'accréditer les principes mêmes mis en avant par son auteur, quoique nous le félicitions de ses succès. Nous vous proposerons donc :

1° De donner au travail de M. Vibert place *dans nos publications.*

2° De lui adresser nos remerciments.

Discussion.

M. Cras. Je me bornerai à une simple remarque au sujet du procédé opératoire préconisé par M. Vibert.

Comme l'a fait remarquer M. Giraud-Teulon dans son beau rapport, la chambre antérieure se vide après le passage du premier couteau, l'iris se rapproche des plaies d'entrée et de sortie, et l'introduction au deuxième temps du couteau même émoussé de de Graëfe ne doit pas être facile sans lésion de l'iris, même pour un opérateur exercé. On pourrait remédier à cet inconvénient en se servant pour le premier temps, d'un petit couteau à double tranchant, cannelé suivant l'axe longitudinal; ce couteau resterait en place pour l'exécution du second temps, et on utiliserait la cannelure pour la section transversale de la cornée. Mais je n'insiste pas.

La question des soins consécutifs soulevée par M. Vibert me paraît bien autrement importante.

M. Vibert ne veut pas de pansement : non-seulement il abandonne la plaie à elle-même, sans souci de cette cause d'irritation incessante qu'on appelle le *coup de balai des paupières;* mais au moindre signe d'augmentation de tension oculaire, il tourmente la plaie cornéenne et en décolle les bords pour laisser échapper l'humeur aqueuse.

Je préférerais, pour ma part, recourir à une paracentèse de la

cornée en un point éloigné de la plaie. Il importe de guérir au plus vite la plaie cornéenne, point de départ de complications redoutables; il faut en hâter l'épidermisation à tout prix; et, pour y arriver, l'immobilisation pendant quelques jours est encore le moyen le plus sûr.

Il y a toutefois bien des objections à faire à l'usage prolongé du bandeau ordinaire, surtout lorsqu'on a recours à des bandes de flanelle. Les circulaires qui passent sur l'occiput glissent facilement au moindre déplacement de la tête sur l'oreiller. L'œil en subit le contre-coup. L'opéré n'ose plus faire un mouvement; c'est un véritable supplice dans certains cas. Je reproche en outre à ces bandeaux circulaires de comprimer les vaisseaux extra-crâniens et d'augmenter la tension dans les vaisseaux intra-crâniens. Pour remédier à cet inconvénient, j'emploie depuis deux ans le bandage suivant, après toutes les opérations de la chirurgie oculaire.

Je prends une bande de toile fine large de deux doigts; à l'aide de collodion je fixe solidement l'une des extrémités sur la face latérale gauche du nez (si j'ai opéré à droite); comme pour le bandage ordinaire j'applique une rondelle de linge fin sur les paupières puis la ouate ou la charpie, de manière à combler la fosse préoculaire. La bande est ramenée au devant de ce coussin et fixée à l'aide du collodion sur la tempe en ayant soin de maintenir la compression jusqu'à dessiccation. On peut compléter le bandage en ajoutant une deuxième couche de ouate sur laquelle passe une deuxième bande fixée en haut sur le front, en bas sur la joue. L'œil non opéré est maintenu fermé à l'aide de bandelettes adhésives.

Ce bandage est solide et ne se dérange pas au moindre mouvement sur l'oreiller, il m'a rendu de réels services.

(Les conclusions du rapport de M. Giraud-Teulon sont mises aux voix et adoptées.)

Communication écrite.

M. Dobonravow lit un travail, intitulé : *Observation d'ovariotomie bi-latérale.*

(Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Lucas-Championnière, Terrier et Perier, rapporteur.)

Communication.

M. Cras fait une communication intitulée : *De la cécité unilatérale par contusion rétro-oculaire.*

Sous ce titre, je désigne un mode de production de cécité unilatérale dont les traités spéciaux et le livre récent de Arlt *sur les blessures de l'œil* ne font pas mention. Confondus avec les faits mal définis de la commotion rétinienne, ces cas de cécité unilatérale représentent pourtant un type clinique parfaitement déterminé, si j'en juge par les trois observations que j'ai recueillies.

Obs. I. — En octobre 1873, un matelot de *la Bretagne* en faisant l'exercice du bâton, reçoit un coup de pointe dans le cul-de-sac palpébral, en haut et en dehors. A son entrée à l'hôpital, on constate une ecchymose, l'exophthalmie, la mydriase, et un léger strabisme divergent. *La vision était complétement abolie.* A l'examen ophthalmoscopique pratiqué 2 jours après son entrée, on constate l'intégrité des milieux et des membranes; on note seulement un petit extravasat sanguin au pourtour de la papille.

Malgré le traitement employé : sangsues à la tempe, applications réfrigérantes, calomel à l'intérieur; plus tard : courants continus et injections hypodermiques de strychnine, la cécité unilatérale resta définitive. Les signes manifestes de l'atrophie de la papille ne se montrèrent que 6 semaines après l'accident. La papille pendant plusieurs mois resta un peu plus dilatée que du côté sain.

Obs. II. — En décembre 1874, un matelot du *Borda*, faisant des armes avec un fleuret boutonné, sans masque, reçoit un coup droit vers l'angle interne de l'œil, dans le cul-de-sac palpébral inférieur; un petit lambeau de la paupière inférieure avait été décollé et s'était retracté vers le nez. *L'exorbitis est considérable, l'œil est immobile, la tension oculaire est manifestement augmentée, la papille est dilatée au maximum, la vision est absolument abolie de ce côté.*

J'examinai le blessé 2 heures après l'accident, et apportai le plus grand soin à l'observation ophthalmoscopique. Je notai *la parfaite intégrité des milieux, l'absence de toute déchirure des membranes;* le seul signe remarquable était *un pouls veineux très-net.*

Je pratiquai la réunion du lambeau à l'aide de fils d'argent et me bornai à des applications réfrigérentes. Peu à peu l'exophthalmie disparut, la tension du glode diminua, la papille reprit ses dimensions, mais la cécité unilatérale persista, et, au bout de 4 semaines, des traces manifestes d'atrophie papillaire commencèrent à paraître.

Obs. III. — (Juillet 1877.) Un gendarme, occupé à astiquer son fourniment, avance brusquement la tête pour voir passer une musique militaire et heurte violemment par l'angle interne de l'œil gauche la tête d'un clou à demi-enfoncé. La cécité unilatérale fut produite immédiatement, et à son entrée à l'hôpital de la marine, où pendant les premiers jours il fut soigné par mon collègue, le professeur Auffret, on nota : l'exophthalmie, la mydriase, l'augmentation du globe, avec intégrité des milieux et des membranes, sans plaie extérieure, sauf une légère érosion de la conjonctive. La vision resta définitivement abolie. J'ai observé ce gendarme à diverses reprises : les traces de dégénérescence du nerf optique commencèrent à se produire au bout de

4 à 5 semaines. Récemment j'ai pu l'examiner à nouveau : la papille est d'un blanc nacré, avec des vaisseaux très-atténués.

J'ai cherché à reproduire expérimentalement sur le lapin ce mode de production de la cécité unilatérale. Les résultats ne m'ont pas satisfait. Ce sont des expériences à refaire. Je me crois néanmoins fondé à attribuer les faits que je signale chez l'homme, *à la contusion rétro-oculaire;* et ce qui le démontre, c'est l'absence de lésions du globe de l'œil, l'exophthalmie, le pouls veineux observé dès les premières heures, la mydriase, constatée dans les 3 cas.

Le développement d'un épanchement sanguin dans l'arrière-cavité de l'orbite ne paraît pas devoir être mis en doute. Le ganglion ophthalmique est englobé dans l'épanchement, d'où la modification survenue dans l'état de la papille. L'atrophie papillaire qui n'a jamais fait défaut dans les cas observés, doit être rattachée au traumatisme subi par le nerf optique soit par pression directe, soit par suite du tiraillement des fibres nerveuses dans le mouvement brusque de rotation imprimé au globe oculaire, au moment où le corps contondant pénètre dans un des culs-de-sac.

Je terminerai par une remarque qui a son intérêt pour les médecins de l'armée ou de la marine souvent appelés à observer la cécité unilatérale réelle ou simulée. J'ai dit que pendant plusieurs semaines les lésions ophthalmoscopiques étaient nulles, ce qui pourrait faire douter des assertions du blessé; le moyen suivant que j'ai signalé dans les *Archives de médecine navale* peut rendre service dans ces cas douteux.

Soit un cas de cécité unilatérale droite : les papilles sont redevenues égales des deux côtés et se contractent synergiquement. On place le blessé en face d'une fenêtre bien éclairée; les deux papilles se contractent. On applique la main sur l'œil gauche sain, en observant l'œil droit; et on assiste au curieux spectacle d'une papille qui se dilate et reste dilatée en face du soleil. Ce mouvement de dilatation *se fait lentement.* Dès qu'on enlève la main, qui servait d'écran, les deux papilles se contractent *rapidement.* Si en appliquant la main au devant de l'œil droit, la papille gauche reste immobile, *on peut affirmer que la cécité unilatérale droite est nulle.*

Je n'ai pas besoin de développer les théorèmes physiologiques sur lesquels repose l'emploi de ce moyen de diagnostic.

M. Giraud-Teulon. Je serais d'avis de faire rentrer ces observations dans le grand chapitre des cas de compression au fond de l'orbite avec tiraillement et déchirure du nerf optique.

On a vu des retours de la vision à la suite du tiraillement des nerfs, mais, en général, vers la 5e semaine après l'accident, on voit survenir la perte de la vue par suite de l'atrophie du nerf.

Je crois que les faits de M. Cras rentrent dans des faits déjà connus, sinon très-bien étudiés, soit d'épanchement dans la gaîne, soit de compression du nerf.

M. Cras. Je crois bien comme M. Giraud-Teulon que ces cas sont assez communs, et que je n'ai certainement pas eu le rare privilége d'observer les seuls qui se soient produits. Je ne parle pas, bien entendu, de ces cas d'amblyopie ou de cécité unilatérale absolue, survenus à la suite de chocs sur l'orbite et s'accompagnant parfois de fracture du fond de l'orbite. Je parle d'une cause bien définie, l'introduction violente d'un corps contondant peu mousse, peu volumineux, entre le globe et l'orbite, sans désordres extérieurs trop considérables entraînant la perte subite et irrémédiable de la vision, sans lésion du fond de l'œil, en même temps que surviennent l'exophthalmie, la dilatation de la papille, l'augmentation de tension oculaire. Ces derniers signes disparaissent rapidement et au bout de quelques semaines se montre l'atrophie de la papille.

J'ai voulu appeler l'attention sur ces faits car la réunion de l'exorbitis, de la mydriase, de l'augmentation de tension et du pouls veineux donnent un type clinique important qui mérite peut-être une place à part.

Présentation de malade.

M. Peyrot présente un malade qui, à la suite d'une fracture de la clavicule, a eu une atrophie des muscles du membre correspondant, tenant à une compression du plexus brachial.

(*Commission :* MM. Perier, Berger, Lannelongue.)

La séance est levée à 5 h. 25 m.

Le Secrétaire,
Horteloup.

Séance du 11 septembre 1878.

Présidence de M. Tarnier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine ;

2° L'*Union médicale et scientifique du Nord-Est*, la *Revue mé-*

dicale de l'Est, l'*Alger médical*, le *Bulletin médical du Nord*, le *Lyon Médical*, l'*Année médicale*, *Journal de la Société de médecine de Caen et du Calvados* ;

3° Les *Mémoires couronnés et autres mémoires publiés par l'Académie royale de Belgique*, la *Gazette médicale Italienne-Lombarde*, *Mémoires de chirurgie et d'opérations*, par le docteur Edouard Albert, de Vienne, *The British medical Journal*, *The Practitioner* ;

4° Une lettre de M. le Dr Poinsot, de Bordeaux, adressant à la Société une observation intitulée : *Fracture sous-trochantérienne du fémur par cause indirecte* (*chute*) *chez un enfant de dix ans. — Retard de la consolidation par ramollissement du cal. — Scorbut local. — Immobilisation prolongée. — Guérison* ;

5° Une lettre de M. le Dr Leplé, adressant à la Société, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, une brochure intulée : *la Chirurgie d'Hippocrate*.

A propos du procès-verbal la parole est demandée par :

M. Desprès. Dans la dernière séance, M. Tarnier m'a demandé quelles avaient été les raisons qui m'avaient fait proposer une opération au jeune garçon atteint d'hydrocèle congénitale, je crois avoir répondu à sa question, mais j'ai désiré, de mon côté, savoir pourquoi ce malade avait accepté ma proposition et la raison est toute simple : depuis quelque temps cet enfant souffrait lorsqu'il faisait une marche, aussi a-t-il accepté avec empressement une opération qui le débarrassait de cette gêne.

J'ai revu, cette semaine, l'enfant de 3 ans dont j'ai parlé et j'ai appris de la mère que sa tumeur disparaissait complétement pendant l'hiver. Je crois, en outre, avoir pu constater que l'hydrocèle avait légèrement diminué depuis mon dernier examen, aussi ai-je vivement engagé la mère à ne pas faire faire d'opération.

M. Houel. J'ai eu l'occasion de pouvoir étudier et observer un grand nombre d'hydrocèles congénitales et j'ai vu plusieurs fois des hydrocèles que l'on ne pouvait pas réduire et qui, cependant, communiquaient avec la cavité péritonéale. Il ne faudrait donc pas affirmer l'absence de communication parce que l'on ne peut pas obtenir de réduction.

Je me souviens d'un jeune enfant entré dans le service de M. Gosselin, à l'hôpital clinique ; il fut impossible d'obtenir de réduction, on fit une ponction et une injection qui furent suivies d'accidents. Il y avait donc une communication et j'ai vu des cas dans lesquels on n'avait pas pu obtenir de réduction et qui présen-

taient un orifice de communication avec le péritoine, dans lequel on aurait pu faire passer un porte-plume.

Nous retrouvons pour les hydrocèles ce que nous avons constaté pour les spina-bifida, aussi ne faudrait-il pas tirer une conclusion absolue de l'impossibilité d'obtenir une réduction.

M. Berger. Je voulais à ce sujet rappeler une observation qui se trouve dans l'ouvrage de Curling. Ce chirurgien ne put obtenir un commencement de réduction qu'après trois quarts d'heure de compression.

M. Lannelongue. Je voulais, en rappelant le fait de Curling, insister sur le peu de certitude que pouvait donner une manœuvre de courte durée. J'ai pu observer des hydrocèles qui se réduisaient lentement dans la position horizontale et sous l'influence d'une compression faite longtemps.

Il ne faut pas s'étonner des variations que M. Desprès a pu constater, suivant la saison, sur le volume de l'hydrocèle de son jeune malade ; il y a longtemps que l'on sait que les hydrocèles sont beaucoup plus fréquentes dans les pays chauds que dans les pays froids.

M. Desprès. Quoique je n'ai pas pu obtenir de réduction chez mon jeune malade, je serais disposé à croire qu'il y a cependant une communication avec le péritoine. Il faut distinguer, chez les enfants, les hydrocèles réductibles, auxquelles personne ne songe à toucher, et les hydrocèles non réductibles, que l'on ne doit pas cependant opérer, car la guérison spontanée peut parfaitement s'obtenir.

Communication écrite.

M. le Secrétaire général donne lecture d'un mémoire de M. Davat, membre correspondant, chirurgien de l'hôpital d'Aix-les-Bains, intitulée : *Etude sur l'oblitération des varices.*

La lecture faite à la Société de chirurgie, le 26 mai 1875, par M. le professeur Rigaud, sur le traitement qu'il a innové pour guérir les dilatations veineuses superficielles, a été écoutée avec bienveillance et sous de pacifiques auspices, car aucune discussion n'est intervenue pour troubler les conclusions des observations présentées, ni pour approuver ou combattre la méthode opératoire proposée.

Mais l'honorable chirurgien de Nancy, malgré les faits nombreux qu'il invoque, et les preuves multiples qu'il donne pour justifier

de l'utilité de son procédé, a-t-il laissé dans le compétent auditoire une conviction bien profonde sur la supériorité de cette méthode qu'il propose, lorsqu'on la met en comparaison avec les autres modes opératoires mis en pratique avant lui, par tous les chirurgiens célèbres?

Je l'ignore ! !

Je me suis, comme M. Rigaud, beaucoup occupé des varices. Mes études et travaux remontent à 1830, et m'ont valu l'honneur du titre de membre correspondant de la Société de chirurgie ; mes résultats sont la conséquence d'expériences physiologiques et de recherches anatomiques sur des animaux et consécutivement sur l'homme. Je crois donc qu'il est de mon devoir d'entrer dans l'arène si paisible à mes collègues et j'y viens aujourd'hui, très-sommairement il est vrai, mais mûri par une longue pratique, appuyé sur celle de M. Velpeau en 1836, de Breschet en 1837, de M. J. Franc, à Montpellier, de Bonnet, de Lyon, écrivant ainsi à l'Académie des sciences, séance du 11 avril 1836. « J'ai conçu l'idée d'implanter des aiguilles autour de l'anneau d'après les résultats avantageux qu'on obtient en traitant les varices des jambes par l'introduction et le séjour des épingles dans les parois des veines. Sur onze variqueux soumis à cette méthode, deux très-avancés en âge n'ont éprouvé que de l'amélioration, tous les autres ont été complétement guéris. »

Historique. — La guérison des varices a parcouru bien des étapes depuis Hippocrate, de nombreux chirurgiens en ont fait le sujet d'études sérieuses ; ils ont inventé des procédés très-variés qu'ils ont mis en pratique pour atteindre ce but. Mes recherches, consignées dans ma thèse en 1833, dans mon mémoire en 1836 et 1837, ont établi expérimentalement et prouvé que tous ces procédés nombreux, quelque différents qu'ils soient, aboutissent tous à ce principe unique : nécessité absolue, pour la guérison des varices, d'obtenir l'oblitération, soit l'arrêt constant de la circulation sanguine dans une partie du canal veineux.

Or, ce principe posé, il est certain que le moyen le plus sûr, le plus simple et le moins dangereux qui amènera cette hémostase permanente, sera le meilleur, et nécessairement le préférable.

Il n'est pas besoin de théories, ni d'autres justifications pour établir cette vérité, surtout lorsqu'à l'aide de l'expérience, on s'appuie encore sur le terrain des faits.

Et maintenant quel est le meilleur ?

Analyse. — Je m'incline devant le résultat des opinions exprimées par mon savant collègue, quoique ces opérations aient été pratiquées contre mes opinions ; car cette pratique que j'ai com-

battue m'inspire de légitimes inquiétudes par ses témérités et peut-être son audace.

En effet, la méthode de M. Rigaud, qu'on peut, à bon droit, appeler la méthode de dénudation et d'isolement, n'est pas accomplie à l'aide d'une opération simple dans son exécution.

La découverte du tronc veineux dans une étendue déterminée, exige une main sûre. L'isolement de la portion du canal veineux nécessaire, veut aussi des précautions pratiques pour être détachée des tissus sous-jacents, surtout avec respect des anastomoses et des collatérales. La bande qu'on glisse sous ce conduit veineux pour compléter l'isolement, prolonge l'opération qui se termine enfin par l'application d'un appareil à renouveler chaque jour.

Opération.—Tout ce travail ensemble exprime les inconvénients de cette méthode qui m'apparaît, comme manuel opératoire, d'une exécution plus laborieuse plus difficile que la cautérisation de Celse, l'excision des Arabes, l'incision de Béclard, la ligature de Hunter, les pinces de Breschet, la forcipressure des modernes.

Là ne s'arrêtent pas mes remarques sur une méthode dont le perfectionnement opératoire est négatif ; pourtant nous devrions la préférer à tout autre, si les résultats qu'elle doit produire étaient plus satisfaisants que ceux obtenus par les autres procédés connus. Ses conséquences, mais non, d'abord les conséquences de la méthode de la dénudation, ne vont pas au delà des résultats des autres modes opératoires.

Après les uns, comme après les autres, la circulation dans les veines s'arrête aux premières collatérales ; à quoi bon dès lors une innovation difficile, puisque cette occlusion permanente, que veut produire et recherche M. Rigaud, peut être obtenue aussi solidement, sans perte de substance, par des procédés plus simples et que la statistique comparée ne dit pas plus dangereux.

Ensuite, je ne sais si M. Rigaud s'est aperçu que dans son procédé, l'oblitération débute par l'épaississement des parois (interstitiel de Hunter), épaississement qui n'oblitère qu'imparfaitement et redevient perméable [1], de sorte qu'il est condamné à abandonner bientôt ce mode de guérison infidèle, pour pousser l'inflammation jusqu'au sphacèle du cordon découvert et que dès que la mortification se produit, il tombe dans le domaine de l'oblitération par exsudation, soit adhésion des parois internes.

Toutefois, je reconnais avec bonheur que la méthode de M. Rigaud est par lui habilement menée pour atteindre son but sans trop de revers.

Le travail de destruction du cordon mis à nu, est provoqué len-

[1] *Mémoire*, p. 14, 15, 16.

tement, progressivement, à l'aide de l'action de l'air, d'une bande sous la veine et de l'application de l'appareil de pansement ; c'est une forcipressure modérée. Ce mode d'action continu, ménagé, décrit dans mon mémoire [1], est sûrement l'un des points capitaux de traitement ; il est la cause des succès, parce qu'il donne à la veine opérée le temps nécessaire pour être oblitérée aux bouts sphacélés ; mais pour qu'il y ait certitude de succès, l'hémostase doit être obtenue à l'aide d'une exsudation plastique produite par la membrane interne déchirée ; ce qui veut dire que la méthode de M. Rigaud ne guérit les varices pas autrement que par l'adhésion des membranes internes de la veine ; seulement cette adhésion est provoquée par un mécanisme grave et longtemps sérieux.

Il s'agit, en effet, d'une plaie sur laquelle opèrent pendant quinzaine, des agents médiats de suppuration, de virulence et de putridité, qui épouvantent ; car ils peuvent produire le poison septique de MM. Robin et Verneuil. Ce poison devient néfaste si le sphacèle du cordon se détache avant que les deux bouts de la veine opérée ne soient fermés par l'adhésion des parois internes.

Je répète, fermés par adhésion des parois, parce que l'oblitération par adhésion n'est pas constamment le résultat du sphacèle et très-souvent ce sphacèle ne produit aux deux bouts de la veine que l'épaississement des parois et la formation d'un caillot interne ; épaississement et caillot qui s'effacent l'un et l'autre et laissent les veines béantes, de sorte que, dès ce moment, la gravité morbide est certaine. Cette énonciation est au surplus confirmée par les recherches de Ashley Cowper, de Boyer, de Dupuytren, de Lisfranc, de Daner, de Briquet.

Ce mode de terminaison possible, consécutif aux procédés d'incision, d'excision, de compression sur les veines, a été la cause principale de leur abandon... nous verrons bientôt si les décès rapportés par M. Rigaud ne doivent pas être classés dans cette même catégorie.

Si j'ai bien compris le mémoire de M. Rigaud, quoique ce professeur ne fasse pas un procès en règle aux méthodes opératoires antérieures à la sienne, il n'en résulte pas moins pour lui que l'hémostase veineuse provoquée, soit par la compression, soit par la piqûre des parois veineuses, est pleine de dangers, et que c'est à ce mode d'opérer qu'il attribue les résultats malheureux qui sont intervenus dans ses opérations.

Cette conclusion est-elle légitime? Pour qu'elle le fût, d'abord, il faudrait que M. Rigaud eût opéré les malades suivant les méthodes proposées dans ce but. Il ne dit pas l'avoir fait. Ensuite

[1] *Mémoire*, p. 18, 19, 20.

son affirmation est douteuse, d'autant plus que son procédé de la dénudation et de l'isolement ne fait pas autre chose que de la compression et de la blessure des veines, encore dans de très-mauvaises conditions, puisqu'il est obligé de pousser l'inflammation jusqu'à la gangrène du cordon. Cette inflammation gangréneuse n'est pas constamment bienveillante, ainsi que je l'ai précédemment expliqué, je désire qu'elle le soit ; mais je ne lui attribue pas moins les revers de mon collègue, ce que nous allons démontrer.

Les revers sont très-utiles à l'étude des méthodes chirurgicales. Ils en consacrent le principe. Ils illuminent le tableau de l'observation. Ils en éclairent le détail et fournissent les indications propres à combattre les accidents pour assurer le succès. Mais, pour que ces revers puissent servir à l'instruction, il ne faut pas les commenter à l'aide d'une interprétation fausse ou même incertaine ; on doit les expliquer en tenant compte des éléments généraux qui ont contribué à les produire.

Certainement, si M. Rigaud se fût conformé à ce précepte, il n'eût pas affirmé que la piqûre d'une veine amène seule la phlébite mortelle.

Les faits contradictoires sur cette accusation sont, chaque jour et dans chaque opération chirurgicale, tellement nombreux, qu' ne me paraît que nécessaire de les évoquer.

En effet, voit-on des phlébites quotidiennes après les saignées, après les grandes amputations, après les ténotomies profondes, après l'extraction des séquestres ? et pourtant combien de veines sont alors piquées, ouvertes ou coupées !

La piqûre seule d'une veine, sa section même, n'est donc pas une cause de mort, ni directe ni fréquente, et, ce qu'il y a de plus singulier, c'est que les observations de décès rapportées par M. Rigaud confirment ce principe.

M. Rigaud compte 3 décès sur 150 variqueux qu'il a opérés par sa méthode, et ne doute pas que ce soit à la piqûre accidentelle de la veine par la pointe de son instrument qu'il faille attribuer ces revers dont il se fait responsable, généreusement, car cette terminaison fatale n'incombe pas à la blessure du vaisseau. Qu'il me soit permis de sauver M. Rigaud de sa responsabilité, et de lui exposer que la piqûre de la veine, dans ces trois revers, n'a qu'un rapport très-éloigné avec la cause des décès, et que cette vérité ressort de ses observations mêmes.

En effet, M. Rigaud a piqué le tronc de la veine qu'il voulait oblitérer, le jour même de ses opérations. Or, notez que cette piqûre se cicatrise rapidement et que tout va bien, dit-il, jusqu'au treizième jour, où survient une phlébite mortelle. Qu'on veuille

donc remarquer que cette phlébite se montre au moins douze jours après la cicatrisation faite sur le point de la veine piquée, veine ne pouvant plus absorber par cette ouverture fermée, et que dès lors on ne peut l'accuser sans injustice de ces morts dont il faut chercher ailleurs la justification.

Ainsi, la piqûre de la veine ne peut être considérée comme l'unique élément des trois revers, et la marche des effets physiologiques consécutifs à la dénudation et à l'isolement les explique clairement.

En effet, la méthode de M. Rigaud oblitère la veine par épaississement et gangrène d'une portion du cordon; mais dans les veines, l'hémostase définitive ne s'acquiert pas comme on l'obtient dans les artères à l'aide d'un caillot qui, adhérant aux parois internes du canal, forme un bouchon qui résiste à la colonne sanguine.

Dans les veines, ce caillot n'adhère pas. Les parois du vaisseau se rapprochent par épaississement, obliterent ce vaisseau. Malheureusement, cette oblitération n'est que temporaire, et le canal redevient perméable, en même temps que le caillot se dissout, le jour même où la compression cesse d'être exercée, soit par la bande d'isolement, soit par le pansement externe.

Cette formation et dissolution de caillot sont manifestes après l'occlusion des veines. Le soir de l'opération, on trouve dans les varices des nodosités résistantes qui souvent n'y sont plus le lendemain, qui reparaissent au repos, s'effacent à la marche et prouvent ainsi qu'un caillot dans les veines ne peut être accepté comme une puissance hémostatique permanente [1].

Par ces causes, M. Rigaud pousse l'épaississement des parois jusqu'au sphacèle de la portion de la veine dénudée. Pendant la période de ce travail nécessaire, indispensable, une suppuration occcupe le foyer, s'infiltre avec l'inflammation le long des troncs veineux, même au delà de la dénudation; alors, lorsque la portion de la veine morte se détache, si l'adhésion n'est pas produite aux deux bouts séparés, l'épaississement et le caillot qui existent jusqu'à la première anastomose, s'effacent; la veine redevient béante; une résorption est imminente. La phlébite naît bientôt et se propage par ces conditions toute spéciales [2].

De la sorte, la méthode de dénudation et d'isolement n'a guère simplifié les méthodes anciennes. Elle produit en dernière analyse des conséquences identiques à ses sœurs aînées, et mérite par conséquent le même jugement si réellement il ne doit pas être plus sévère.

[1] *Mémoire*, pages 21, 22, 23.
[2] *Mémoire*, pages 21, 22, 33.

Il y a encore dans l'exposé de M. Rigaud une circonstance qui m'étonne. M. Rigaud ne compte pas d'insuccès sur ses nombreux opérés. Comment s'accomplit donc la circulation sanguine dans le Nord ? Bonnet, de Lyon, a dû, sur l'un de ses malades, employer douze épingles consécutives, et pour moi, j'ai dans douze cas, été obligé d'appliquer de nouveaux points de suture pour détruire des dilatations entretenues par des anastomoses [1].

Il y a pourtant un point qui soude la méthode de M. Rigaud à celle de l'adhésion des parois à l'aide d'un point de suture temporaire, c'est l'influence heureuse de l'arrêt circulatoire même provisoire, sur la cessation de l'œdème du variqueux, sur la spontanéité du bourgeonnement charnu et la cicatrisation des ulcères et des plaies. Il a une fois de plus confirmé mes recherches exprimées dans mon mémoire [2] et qui semblent exclure les capillaires sanguins de l'influence nerveuse de l'adhésion des parois.

Je viens d'énumérer les divers procédés que je combats et d'analyser leurs conséquences. Cependant, quand on compte le nombre des varices opérées par ces méthodes et particulièrement par celle de M. Rigaud et la mienne, on est en droit légitime de conclure que les parois veineuses appartiennent à une nature de tissu spécial et complaisant, qu'on peut rudoyer, tourmenter de bien des façons, sans que pour autant il produise des réactions inflammatoires, ni trop fréquemment graves, ni trop souvent sérieuses, et que le chirurgien, dans des cas déterminés doit forcément recourir à l'un ou à l'autre des moyens qui mis en pratique ont guéri ou soulagé les malades. Quoique la blessure d'une veine soit le plus ordinairement inoffensive, il y a pourtant certaines conditions qui rendent cette blessure dangereuse, non par l'inflammation du tissu membraneux le plus souvent incapable de purulence interne, mais par l'ouverture béante des vaisseaux dans un foyer purulent qui peut pousser son action jusque dans l'intérieur du conduit sanguin et attirer le sang par sa septicité. En cette circonstance la section de la veine est moins grave que la piqûre, parce qu'alors l'hémorrhagie oblige l'opérateur à comprimer, et sous cette compression, l'adhésion oblitérante survient, tandis qu'après la piqûre, la rétraction des parois suffisant à l'écoulement sanguin, il n'y prend pas garde, et se confie à une marche parfois trompeuse ; ces faits importants posent le précepte d'activer par les moyens les plus prompts la cicatrisation d'une veine ouverte dans un foyer en suppuration. Je n'ai plus, pour opérer les dilatations veineuses superficielles, le même enthousiasme que jadis, parce que bien souvent,

[1] *Mémoire*, p. 50, 53, 55. *Suite* p. 11.
[2] *Mémoire*, p. 80 à 84. *Suite*, p. 11 à 16.

le variqueux peut se passer d'opérations, parce que les varices s'améliorent en vieillissant, parce que les eaux minérales chaudes les atténuent; mais ils est des cas hémorrhagiques où l'opération est obligatoire; alors, pour moi, le traitement le plus sûr, le plus prompt, le plus bénin, pour les améliorer et les guérir, autant que faire se peut, consiste à oblitérer le canal dilaté, en provoquant l'adhésion de ses membranes internes.

La section sous-cutanée, comme la section accidentelle, aidée d'une compression suffisante sur les bouts séparés, pendant trois à quatre jours, oblitère la veine par adhésion, ferme le canal, efface les varices. J'ai vu plus d'un charpentier variqueux se coupant la saphène, et un laboureur ayant la jambe déchirée par la corne de son bœuf, guérir sans accidents. La pratique médicale journalière, indiquait donc elle-même un moyen oblitérant vis-à-vis duquel il ne s'agissait plus que de chercher et de trouver un moyen similaire qu'on pût réduire en méthode.

Je me livrais donc à des expériences sur les animaux, et par l'autopsie j'arrivais à cette triple conclusion :

1° La compression sur les veines, amène l'épaississement des parois et la formation de caillots, elle les oblitère temporairement, l'oblitération et l'épaississement n'étant pas durables [1].

2° La compression sur les artères dont la composition anatomique est en tout opposée à celle des veines, les oblitère rapidement, solidement, et en moins de quatre jours l'adhésion est assez solide pour résister à l'impulsion [2].

3° Un point de suture temporaire sur un cordon veineux détermine l'adhésion des parois internes, oblitère le conduit d'une façon durable. La veine se transforme en un cordon fibreux, permanent et impermeable [3].

Je ferai remarquer aux chirurgiens qui voudront employer le procédé que je préconise, qu'il n'est pas indifférent d'employer toute sorte d'épingles. Les épingles droites arrondies pénètrent mal, font souffrir; les miennes, fabriquées par Charrière, sont en acier, à tige droite, tête en haut, recourbées en bas avec pointe lancéolée tranchante, longueur 0,024, épaisseur 0,001.

J'ai exposé dans ma thèse [4] et dans un mémoire édité en 1836 [5], les procédés que j'ai mis en pratique pour obtenir l'hémostase permanente, et quoique j'y renvoie le lecteur désireux de plus amples renseignements justifiés par l'autopsie. J'ajouterai encore que la

1 *Thèse*, 1833, p. 15, 16. *Mémoire* 1836, p. 14 jusqu'à 23.

2 *Thèse*, 1833, p. 15, 16. *Mémoire*, 1836, p. 14 jusqu'à 23.

3 *Thèse*, 1833, p. 24. *Mémoire*, 1836, p. 24 jusqu'à 27.

4 *Thèse*, 1833, p. 17 jusqu'à 23; 1836, p. 27 jusqu'à 34.

5 *Mémoire*, p. 24, 25, 26

méthode que j'ai préconisée, toute simple et facile qu'elle est, réclame cependant une attention particulière et un mode d'opérer spécial, car l'implantation d'une épingle arrêtée dans l'intérieur du vaisseau, devient nécessairement un foyer d'inflammation suppurative et ichoreuse capable d'amener la mort.

Une infidèle opération de cette sorte, fut la cause du décès d'un capitaine qui succomba le 11e jour, notre seul revers, et qui fut parfaitement frappé par une résorption purulente.

Il importe donc que les deux temps de notre manœuvre opératoire soient distincts et que la première epingle transversale, porte sérieusement en arrière du canal veineux sans le blesser, et vienne ressortir le plus près possible le long du bord opposé.

Ce premier temps toujours accompli, il suffit de saisir les deux extrémités de l'épingle, de les soulever afin de rendre le cordon veineux saillant, puis d'implanter sur la partie centrale une seconde épingle qui traverse ainsi la peau, la paroi antérieure de la veine, la paroi postérieure, arrive à l'épingle transversale, passe en arrière d'elle à l'aide d'un léger mouvement de bascule, vient perforer de nouveau la paroi antérieure et la peau. C'est le second temps.

Les épingles sont alors croisées, et le point de suture est fait sur la veine dont on rapproche les parois en assujettissant les épingles à l'aide d'un fil 8, légèrement comprimé.

Ainsi s'exécute cette opération sans section à la peau, sans douleur proprement dite, sans trace d'écoulement sanguin, sans présence de l'air, sans obligation d'un pansement quotidien, et avec une durée moyenne de 10 à 14 jours de repos, pour que les résultats d'amélioration ou de guérison qu'on peut atteindre soient obtenus.

Il est bon, pour extraire les épingles, d'attendre qu'un suintement léger les enlace : le glissement est alors facile et l'extraction plus commode.

En général c'est du 4e au 7e jour que ce phénomène se produit; alors, la veine est parfaitement adhérente aux quatre points piqués sur lesquels une lymphe plastique s'est versée avec formation d'un tissu inodulaire consécutif, et transformation de la veine en un cordon réticulaire jusqu'à la première anastomose.

Cette méthode bien appliquée est réellement un moyen d'hémostase assurée, et souvent de guérison pour les dilatations veineuses superficielles.

Elle compte, comme je l'ai dit, 1 revers relatif aux membres pelviens, sur 6 succès de dilatations des veines scrotales et 67 des membres inférieurs. Je tiens donc à la divulguer de nouveau en faisant remarquer que dans ce travail, j'ai tâché de rame-

ner le traitement qui nous occupe aux saines doctrines physiologiques, et de faire comprendre que si la méthode opératoire de M. Rigaud est complétement différente de la mienne, ses moyens d'hémostase n'en finissent pas moins par être identiques aux miens.

Il n'y a donc plus ici qu'une question de manœuvre chirurgicale à débattre. Je suis le premier à déplorer que cette opération de M. Rigaud ne soit pas plus simple, moins surchargée de détails, menaçante d'accidents ; si elle avait des caractères de simplicité, de sécurité meilleurs que les miens, je ne lui disputerais pas les sympathies des membres de la Société de chirurgie

La question est donc pendante et j'ose espérer, pour la résoudre, sur l'expérience, le concours, la sagesse et le jugement de nos éminents collègues.

Communication.

M. Lannelongue donne lecture d'une note *sur les ganglions lymphatiques placés entre la vessie et le rectum de l'homme, sur le trajet des uretères, suivie d'une observation de tuberculisation de la prostate des deux vésicules séminales de l'uretère droit et des deux reins chez un enfant de 9 ans 1/2.*

La pathologie fournit quelques fois l'occasion d'accroître l'étendue de nos connaissances sur certains points anatomiques ; à leur tour, les données anatomiques, devenues l'objet d'une étude plus approfondie, et dégagée de toute influence morbide, permettent d'expliquer plus simplement certains actes entourés jusqu'alors d'une certaine obscurité, ou même restés sans interprétation. Il me paraît tout à fait inutile de fournir à l'appui d'une proposition aussi générale, des preuves qui trouvent leur place dans un très-grand nombre de circonstances spéciales, et je désire me borner au sujet très-circonscrit qui a fixé mon attention. Permettez-moi donc de vous donner dès l'abord, la relation du fait dégagé de ses accessoires.

A l'autopsie d'un garçon de 9 ans 1/2, qui avait succombé à une tuberculisation siégeant dans la prostate, les deux vésicules séminales, l'uretère droit et les deux reins (*voir* observation plus loin), j'ai rencontré une série de ganglions lymphatiques, dans l'espace sous-péritonéal placé entre la vessie et le rectum, dans ce tissu, qu'on peut disséquer en membrane et que M. Denonvilliers désignait sous le nom d'aponévrose prostato-péritonéale. Ces ganglions que la pièce anatomique montre encore et dont je vous présente les dessins, sont au nombre de six. Leur volume varie depuis un gros pois jusqu'à une lentille. Le plus gros est accolé à

l'uretère droit, à un centimètre environ au-dessus du point où ce conduit s'engage dans la paroi vésicale à côté de l'extrémité renflée de la vésicule séminale; les autres sont disséminés en dehors et en arrière de ces vésicules, dans un tissu cellulo-graisseux et vasculaire, qui les sépare du rectum. Ils ont un aspect rougeâtre; leur tissu est induré. Examinés au microscope par M. Dolléris, ils sont manifestement le siége d'une inflammation chronique et ne sont point envahis par le tubercule. Le tissu dans lequel ils sont plongés n'offre aucune trace de suppuration, il est plus vasculaire. Enfin, en suivant les deux uretères, on trouve de chaque côté un petit ganglion près du point où ils croisent le détroit supérieur du bassin.

On ne peut méconnaître la part que l'irritation a exercée sur le développement et sur l'état de ces ganglions; sans nul doute la tuberculisation des organes sus-nommés a été la cause unique de leur engorgement, et il importe de remarquer que l'examen du rectum fait avec le plus grand soin n'a fait découvrir aucune lésion dans la muqueuse ni dans ses parois.

Ne ressort-il pas dès lors cette conséquence que ces ganglions reçoivent leurs vaisseaux afférents en partie, sinon en totalité, de la région prostatique de l'urèthre, des vésicules séminales et même de la portion terminale de l'uretère ?

Avant de consigner ce fait, j'ai recherché sur un autre sujet âgé de 4 ans, mort de tuberculose pulmonaire, la présence de ces mêmes ganglions dans l'espace sous-péritonéal placé entre la vessie et le rectum. Or, la dissection de la couche celluleuse qui n'appartient pas au rectum et qui sépare sa tunique musculaire des vésicules séminales, a mis à découvert dans cette couche, une série de ganglions échelonnés sur la ligne médiane et sur les parties latérales, formant comme un chapelet irrégulier qui se continue vers le cul-de-sac péritonéal, avec d'autres ganglions placés sur les parties latérales de l'intestin. Il me paraît bien probable que la plus grande partie de ces ganglions reçoivent leurs vaisseaux lympathiques du rectum, mais je crois aussi que certains d'entre eux sont en connexion avec les vaisseaux lymphatiques de la prostate et des vésicules séminales, sans que cela me soit démontré autrement que par le fait d'anatomie pathologique que j'ai rapporté.

Il importe d'ailleurs de rappeler à ce sujet l'opinion de l'autorité la plus considérable en pareille matière, celle de M. Sappey. Les vaisseaux lymphatiques du rectum « vont se terminer dans une série de ganglions échelonnés sur la partie postérieure du rectum. Leur nombre est considérable. Ils sont situés sur le trajet des principales branches des artères et veines hémorrhoïdales supérieu-

res, depuis la base de la prostate, où se voient les plus déclives, jusqu'au niveau de l'angle sacro-vertébral, où la chaîne qu'ils forment se continue avec des ganglions placés au devant de la colonne lombaire. » (Sappey, *Anatomie descriptive*, 2ᵉ édition, t. IV, p. 277.) Quant aux vaisseaux lymphatiques de la prostate et des vésicules séminales, ils vont, d'après le même auteur, se rendre dans deux ganglions situés, l'un sur les parties latérales et inférieures de l'excavation du bassin, l'autre entre le trou sous-pubien et la partie correspondante du détroit supérieur.

En présence de ces ganglions, dont j'ai signalé l'existence en avant du rectum, au-dessus de la base de la prostate, j'ai dû me demander si on ne devait pas leur accorder une part dans la production de certains actes pathologiques environnés encore d'une certaine obscurité. Et d'abord la région qui m'occupe, que M. Richet a désignée avec beaucoup de justesse sous le nom d'espace pelvi-rectal supérieur, est quelquefois le siége de phlegmons et d'abcès dont on ne connaît aucunement l'origine. Ces inflammations, sur lesquelles MM. Richet et Verneuil ont appelé l'attention, à cause de leur gravité et des longs trajets fistuleux qui en sont la suite, n'ont-elles pas pour point de départ une adénite primitive suivie de la suppuration de la couche celluleuse où sont plongés les ganglions? Je suis disposé à le croire, et il importera dès lors de rechercher avec soin dans l'avenir, la cause de ces adénites, dans une lésion d'un des organes d'où partent les vaisseaux lymphatiques qui se rendent à ces ganglions, c'est-à-dire dans la région prostatique de l'urèthre, dans les vésicules séminales, dans l'extrémité inférieure du rectum. Quelque minime qu'elle soit, une altération d'un de ces organes peut suffire.

D'autre part, ne faut-il pas rechercher la cause des accidents qui accompagnent si communément les lésions de la dernière portion de l'urèthre, dans ce fait de sa richesse extrême en vaisseaux lymphatiques? Nées de ce point ou de la prostate, des angioleucites peuvent se propager dans différentes directions du côté du bassin et produire les formes des septicémies les plus graves.

Observation. — *Tuberculisation de la prostate, des deux vésicules séminales, de l'uretère droit et des deux reins.*

Werner (Henri-Ancel), âgé de 9 ans 1/2, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Napoléon, nº 1, le 27 mai 1878.

29 *mai*. — *Antécédents*. — La mère de l'enfant est morte poitrinaire il y a 8 à 9 ans; le père est bien portant.

L'enfant a eu la rougeole il y a 3 ans, puis la petite vérole. Il est chétif, délicat; il a eu quelques convulsions étant jeune. Le logement des parents, situé au 2ᵉ étage, n'est pas humide; l'enfant n'a pas eu de glandes au cou ni des maux d'yeux. Le père nous raconte que cet en-

fant éprouve depuis environ 6 mois des besoins plus fréquents d'uriner; il a toujours pu les satisfaire jusque il y a environ 15 jours. Mais, depuis lors il fait des efforts considérables à chaque miction et il lui arrive même de n'émettre que quelques gouttes d'urine. — Malgré cela il ne paraît pas éprouver de vives douleurs; il exerce des tractions sur la verge toutes les fois qu'il urine. Il a uriné une ou deux fois un liquide rougeâtre. — Enfin depuis 4 à 5 jours l'enfant a la fièvre, il ne mange pas.

État actuel. — La vessie distendue forme une tumeur remontant près de l'ombilic et dont on distingue bien la forme : elle est médiane, symétrique. L'exploration par la sonde ne m'a fait reconnaître aucun calcul dans la vessie. La sonde se promène dans une vaste cavité dilatée avec des parois rigides. D'autre part, cet enfant perd continuellement ses urines, c'est-à-dire qu'il urine par regorgement. Il a une verge volumineuse avec un prépuce légèrement enflammé. Rien qui indique un mal de Pott, ni altération des mouvements des membres inférieurs. L'enfant a de la fièvre, le pouls au-dessus de 120. Température 39° 1/2. Les urines retirées par la sonde sont purulentes. En presence de cet état je fais un lavage vésical et je recommande le cathétérisme pour le soir. L'enfant prend dans la journée 25 centigrammes de sulfate de quinine.

30 *mai.* — L'enfant a eu, hier à 4 heures du soir, une convulsion qui a duré jusqu'à 8 heures; elle avait été précédée d'un état d'agitation assez vif. Ce matin je le trouve avec une vessie très-distendue et par le cathétérisme je retire d'abord un flot de pus, puis une urine noirâtre infecte. Lavage légèrement phéniqué matin et soir.

31 *mai.* — Les urines sont beaucoup plus purulentes, teintées en rouge; l'enfant a une fièvre violente. Température 40°. Il a vomi hier tout ce qu'il a pris.

2 *juin.* — Les urines sont de plus en plus purulentes : l'enfant a été somnolent toute la journée d'hier ; il a la fièvre, de la diarrhée.

Du 2 *au* 6 *juin.* — L'état général de l'enfant devient très-mauvais. La température est toujours très-élevée. Il a de la diarrhée et ne mange pas.

Mort le 7 juin.

8 *juin.* — *Autopsie.* — *Viscères, poumons.* — A la coupe on trouve le sommet de cet organe infiltré de granulations tuberculeuses, en tous les points du parenchyme, et à côté des noyaux tuberculeux plus considérables. Les deux poumons sont pris de la même manière.

Foie, cœur, rate. — Rien.

Rein droit. — En faisant la coupe de cet organe, on trouve le plus bel échantillon de tuberculisation de toute la substance tubuleuse. Chacune des pyramides conservant sa forme, est transformée en une masse jaunâtre, caséeuse, ramollie, et comme purulente par places. Elle est séparée de sa voisine qui a le même aspect, par les colonnes de la substance corticale.

Rein du côté gauche. — Il a un immense volume, sa surface est extrêmement irrégulière, colorée inégalement, ardoisée, jaunâtre, pré-

sentant une multitude de noyaux jaunes, les uns du volume d'une tête d'épingle, les autres plus volumineux et formant des mamelons à la surface du rein. Tout le rein gauche est ainsi transformé.

Vessie et prostate. — La paroi vésicale est très-épaissie : chacune des couches muqueuse et musculaire sont étroitement unies ne formant plus qu'une même membrane épaisse. La surface de la muqueuse vésicale est rouge et tomenteuse ; en certains points elle présente des suffusions sanguines superficielles. Par une coupe du col de la vessie faite en avant, on ouvre une cavité du volume d'une noix, creusée dans la dernière portion de l'urèthre aux dépens de la prostate et des tissus voisins, car le volume de la prostate à cet âge n'en saurait expliquer la présence. La paroi de cette cavité purulente est inégale, anfractueuse et les tissus qui la forment sont infiltrés d'une matière jaunâtre analogue à celle des reins.

Vésicules séminales. — Elles sont l'une et l'autre d'un très-gros volume par rapport à l'âge de l'enfant; leur cavité est pleine de pus; cette cavité est formée par des ampoules très-dilatées dans lesquelles s'ouvrent d'autres aréoles. Leurs parois incisées, on découvre un épaississement très-marqué et très-inégal de ces parois, avec des infiltrations tuberculeuses jaunes disséminées.

Uretères. — Celui du côté gauche est normal ; celui du côté droit a un très-gros volume ; il est très-dur au toucher. L'incision de ses parois montre une cavité agrandie inégale, tapissée par une couche inégale jaunâtre. La paroi est très-épaissie et transformée presque en entier du côté de sa face interne en cette même matière caséeuse d'une couleur franchement jaune, qui occupe toute la longueur de cet uretère.

Enfin on trouve entre la vessie et le rectum une série de ganglions indurés dont j'ai donné la description précédemment.

Discussion.

M. Duplay. Je ne suis pas en mesure pour résoudre les questions posées par notre collègue, mais je dois dire que, dans un concours, ayant eu à préparer le rectum, j'ai souvent rencontré des ganglions dont vient de parler M. Lannelongue, je n'ai pas pu préciser quels étaient les lymphatiques qui s'y rendaient, mais je crois qu'ils devaient venir du rectum.

M. Lucas-Championnière. J'ai écouté avec grand plaisir la communication de M. Lannelongue, car elle prouve d'une façon évidente que des ganglions, qui passent inaperçus au scalpel de l'anatomiste, peuvent devenir visibles sous une influence pathologique. C'est une réponse à l'opinion d'un anatomiste allemand qui a soutenu que les recherches, faites sur des pièces pathologiques, ne pouvaient avoir aucune valeur.

J'ai trouvé sur des femmes, ayant succombé à des suites de

couches, des ganglions qu'il eut été impossible de retrouver sur des sujets sains. Je serais disposé à admettre, dans le fait de M. Lannelongue, ce que j'ai vu sur des femmes où une lésion éloignée avait occasionné un développement de ces ganglions, et dont la présence sous-péritonéale peut expliquer l'origine de péritonite.

M. Desprès. J'ai observé un cas d'abcès profond de la fosse ischio-rectale dont le point de départ devait avoir été dans les ganglions prérectaux. Dolbeau avait soutenu que beaucoup d'abcès des membres avaient, pour point de départ, des adénites. Je crois avoir prouvé ce point de départ pour un abcès prérectal. M. Lucas-Championnière l'a décrit pour l'utérus et M. Lannelongue vient de nous en donner la preuve pour des abcès situés près de la vessie.

Le malade était un vieillard, atteint de rétention d'urine, chez lequel survinrent, après l'évacuation de l'urine, des douleurs situées dans la région du rectum ; par l'examen direct je constatai, autour du rectum, de l'empâtement qui devint le point de départ d'un phlegmon.

Je ne pensai pas à rapporter ce phlegmon à une adénite, mais je crois qu'il ne peut pas y avoir de doute après la communication de M. Lannelongue.

M. Lannelongue. Je pense, comme l'a dit M. Duplay, que ces ganglions doivent recevoir des lymphatiques du rectum, mais je ne mets pas en doute, d'après le cas que j'ai observé, qu'ils n'en reçoivent aussi de l'urèthre.

Si je n'ai point cité, dans ma communication, le nom de M. Lucas-Championnière, j'avais cependant présentes à l'esprit ses recherches qui prouvent que la pathologie peut donner la preuve de l'existence de ganglions non-reconnaissables par l'examen d'un sujet sain. Les enfants, chez lesquels le système lymphatique ganglionnaire se prend si facilement, doivent être sujets à ce genre d'adénites. Dolbeau avait peut-être été trop loin, en voulant admettre que tous les phlegmons avaient pour point de départ des adénites ; mais il est certain que son idée de faire jouer un rôle prépondérant aux lymphatiques est très-rationnelle.

Présentation de malade.

M. Berger. Je désire présenter un jeune homme atteint d'anévrysme artério-veineux du pli de l'aine.

Ce jeune homme, garçon boucher, dessossait un gigot qu'il tenait appuyé sur sa cuisse droite ; le couteau glissa et s'enfonça dans

la région inguinale, au niveau de l'anneau crural, d'avant en arrière.

Lorsque je vis le blessé, l'hémorrhagie était arrêtée; un médecin avait pratiqué une forte compression avec de la ouate imbibée de perchlorure de fer ; il n'y avait pas de tumeur, pas de battements anormaux ; il y avait cependant un épanchement sanguin très-considérable. On sentait les battements dans la fémorale, dans la tibiale postérieure, aussi en me basant sur l'obliquité du coup, sur la conservation des battements artériels, je crus à la blessure de la veine plutôt qu'à celle de l'artère.

J'attendis sans faire aucun traitement et je me contentai de prendre les précautions en cas d'une hémorrhagie.

Le lendemain, il n'y avait pas eu d'hémorrhagie, mais on entendait, très-manifestement, un thrill, souffle à double courant qui s'étendait jusque dans la veine cave inférieure.

Le surlendemain, il se produisit une légère tuméfaction au niveau de la tumeur; je pratiquai une légère compression, mais il se produisit une légère éraillure de la peau qui n'est pas encore cicatrisée. La tuméfaction disparut au 10e jour.

Il y a aujourd'hui trois semaines que l'accident est arrivé, et nous sommes en présence d'une phébartérie bien nette. Je serais heureux de savoir s'il peut y avoir encore des chances pour voir se développer un anévrysme faux consécutif, s'il est prudent de laisser ce jeune homme reprendre la marche, s'il faut exercer de la compression et enfin ce qu'il faudrait faire si l'anévrysme prenait du développement.

Discussion.

M. Lannelongue. Le gonflement, qui existe encore autour des vaisseaux, prouve que le travail de guérison n'est pas encore terminé ; aussi je pense qu'en continuant encore quelque temps la compression médiate, on pourrait obtenir une guérison. Avec la compression médiate on pourrait empêcher le passage du sang de l'artère dans la veine, ainsi que l'a obtenu M. Nélaton.

Si, malgré la compression, les choses restent dans l'état actuel, je conseillerais de s'abstenir de toute intervention grave, car ce garçon peut vivre longtemps sans aucun inconvénient.

Comme je l'ai dit, c'est la compression médiate que j'emploierais, car la compression faite au-dessus du siége de l'anévrysme ne peut amener aucun résultat.

M. Desprès. Comme mon collègue M. Lannelongue, je crois qu'il existe encore de l'inflammation, aussi ne serais-je nullement disposé à conseiller la compression qui pourrait bien amener des lé-

sions du côté de la peau. Je me contenterais d'un spica, avec de la ouate, et qui exercerait une compression insignifiante.

S'il survenait des accidents graves, de l'œdème, je crois qu'il faudrait intervenir et je n'hésiterais pas à pratiquer la ligature des deux bouts.

M. Berger. Après ma tentative de compression, j'ai vu survenir une écorchure de la peau, aussi ai-je craint, en pratiquant une véritable compression, d'obtenir un eschare. J'avais fait préparer un bandage anglais pouvant comprimer l'artère et la veine, mais je n'ai pas osé m'en servir.

M. Ledentu. Je crois que nous sommes tous d'avis qu'il faut simplement pratiquer une légère compression, car il y a encore de l'empâtement et il y aurait donc danger à favoriser le développement de l'inflammation. Aussi je crois qu'il faut encore laisser le malade au lit et ne pas encore employer de bandage.

Quant à l'œdème dont a parlé M. Desprès, c'est un accident rare, on voit souvent des varices, et rarement de l'œdème.

S'il fallait intervenir, je ne conseillerais pas de suite la ligature des deux bouts que je regarde comme une opération très-grave.

J'ai eu à donner mes soins à un individu qui avait eu l'artère fémorale coupée au-dessous de l'arcade crurale. Je fis de la compression, mais, le soir, il me fallut intervenir et faire la ligature des deux bouts de l'artère. Mon blessé fut pris d'infection putride et mourut malgré l'amputation de la cuisse.

Je considère la ligature des deux bouts de l'artère comme une opération très-grave et très-difficile.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le Secrétaire,
Horteloup.

Séance du 18 septembre 1878.

Présidence de M. Tarnier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine ;
2° Le *Sud Médical*, le *Lyon Médical ;*
3° La *Gazette de santé militaire de Madrid, the British medical*

Journal, la *Gazette médicale Italienne-Lombarde, Centralblatt für Chirurgie*, le *Journal international des sciences médicales de Naples;*

4° Les *Annales de gynécologie*, les *Archives de médecine navale*, le *Bulletin général de thérapeutique*, la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie;*

5° M. Duplay présente de la part de M. Delorme, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce, une brochure intitulée : *Relation chirurgicale de l'explosion du Mont-Valérien;*

6° Une lettre de M. le Dr Dobroravow, de Moscou, demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger.

Rapport.

M. Delens donne lecture d'un rapport sur différents mémoires adressés par M. José-Pereira Guimaraes, professeur suppléant à l'école de Rio-de-Janeiro.

Dans la séance du 4 juillet 1877, j'avais eu à vous rendre compte de 2 publications imprimées et de 3 observations inédites adressées à la Société par M. José-Pereira Guimaraes, professeur suppléant à l'école de médecine de Rio-de-Janeiro.

Depuis cette époque, M. Guimaraes nous a envoyé de nouveaux travaux et y a joint une lettre dans laquelle il réclame contre quelques critiques que j'avais formulées à propos de ses observations, non pour en diminuer le mérite, mais plutôt pour lui prouver l'importance que nous leur reconnaissions.

Si vous vous le rappelez, M. Guimaraes a spécialement étudié une affection inconnue dans nos contrées, l'*aïnhum*, qui affecte spécialement la race nègre et a son siége sur les orteils, dont elle détermine la séparation lente par la formation d'un sillon qui les étrangle à leur base. L'auteur nous fait remarquer, dans sa lettre, que l'aïnhum n'est pas une momification des parties constituantes de l'orteil, mais qu'il consiste dans une transformation régressive du doigt qui souvent semble hypertrophié. Cet état tout spécial nous paraît évident, en effet, sur la pièce pathologique qui accompagne l'envoi de l'auteur, et l'étude histologique de cet orteil ne saurait manquer d'offrir un intérêt véritable.

M. Guimaraes rappelle, en outre, qu'il est le premier à avoir montré que la maladie n'affectait pas exclusivement le cinquième orteil, car il l'a observée sur le quatrième.

Les observations nouvelles qu'il nous adresse sont les suivantes :

Une *observation d'aïnhum*, recueillie sur un nègre de 50 ans. L'orteil, transformé, a été excisé par M. Saboia, et constitue la pièce jointe à l'observation.

M. Guimaraes s'attache à montrer comment l'aïnhum diffère à la fois par la marche, par la symptomatologie et par la transformation des tissus, du cas singulier observé par M. Mirault, d'Angers, et à propos duquel M. Verneuil a publié un savant mémoire en 1862, dans la *Gazette hebdomadaire*.

D'après M. Guimaraes, les troubles trophiques que subit l'orteil dans l'aïnhum seraient sous la dépendance de la circulation artérielle et résulteraient de la contracture des fibres musculaires sous l'influence des vaso-moteurs. En effet, on voit les artères collatérales diminuer de calibre, et l'une d'elles, la collatérale interne, peut même disparaître.

La deuxième observation est relative à un *anévrysme poplité* guéri par la compression mécanique intermittente de la fémorale au pli de l'aine. La compression fut exercée pendant 14 heures, dans l'espace de 3 jours. Elle fut ensuite suspendue, et comme le sac persistait et tendait à s'enkyster, une ponction y fut pratiquée avec un trocart de l'appareil Potain. L'effet de cette ponction fut assuré par une compression sur le membre à l'aide d'un bandage.

La troisième observation est un nouveau cas d'*anévrysme poplité considérable*, chez un individu alcoolique et atteint de dégénérescence athéromateuse de l'aorte et d'autres artères. La ligature de la fémorale fut pratiquée au sommet du triangle de Scarpa. Au 22e jour, se produisit une hémorrhagie qui fut combattue par la compression directe au moyen de boulettes de charpie ; mais la mort survint quelques jours après, sans que la tumeur qui était restée molle et fluctuante eût notablement diminué.

Une *extirpation d'enchondrome de la parotide droite* fait le sujet de la quatrième observation. L'extirpation a été habilement exécutée et suivie de guérison. Le fait intéressant de cette observation, c'est que l'artère carotide externe et le tronc du facial n'étaient pas contenus dans la tumeur.

Enfin, M. Guimaraes nous envoie la relation d'un cas de *ptérygion charnu double, externe et interne*, offrant cette particularité remarquable que *la base était tournée du côté de la cornée transparente*, et le sommet vers l'angle des paupières. Ce fait, d'après les recherches de l'auteur, serait unique; il n'en a pas trouvé d'analogue parmi les cas que relatent les traités. Il a pu, du reste, par des cautérisations avec le sulfate de cuivre, obtenir la guérison de cette singulière affection.

Comme vous pouvez le voir par ce rapide exposé, les communications faites par M. Guimaraes à la Société de chirurgie sont déjà

nombreuses. Les observations qu'il nous a adressées portent sur des cas variés et intéressants, et le soin avec lequel elles ont été recueillies témoigne du désir d'appuyer sur des titres sérieux la demande qu'adresse en même temps l'auteur d'être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

J'ai l'honneur de proposer, en conséquence, à la Société :

1° De publier *in extenso* l'observation de ptérygion double mentionnée ci-dessus ;

2° De déposer les autres observations dans nos archives.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Ptérygion double.

Isidoro da Costa, soldat de marine, de la province de Bahia, âgé de 22 ans, de constitution régulière et d'un tempérament sanguino-nerveux, entra dans la 2me salle de chirurgie de l'hôpital provisoire de Corrientes, le 3 mai 1867. En examinant les yeux, on observe sur chacun une production rouge, à forme triangulaire, dont la base part de la circonférence externe de la cornée et le sommet termine dans l'angle externe de l'œil.

Chacune de ces productions est constituée par un épaississement de la conjonctive ; leur couleur vermeille ressemble à celle de la chair vivante ; leurs bords sont parfaitement limités et séparés brusquement du reste de la conjonctive, dont l'aspect est normal.

Les autres membranes de l'œil sont parfaites, et excepté ces lésions, le malade jouit de la santé la plus parfaite. Sur l'œil droit, on observe une autre production de même nature, qui, de la circonférence interne de la cornée, va terminer à quelque distance de l'angle interne de l'œil. Elle présente la forme d'un quadrilatère, dont le bord interne serait plus court que l'externe. En examinant ces manifestations à la loupe, on y voit quelques vaisseaux assez développés, au sein d'un tissu à aspect charnu. On remarque encore que ces productions sont mobiles, n'étant constituées que par la conjonctive.

Le malade raconte que la maladie lui survint il y a plus d'un an, en commençant par de petites taches qui de la cornée s'étendirent dans les angles des yeux. Il dit que la plus petite des productions commença par un petit point qui a augmenté progressivement et lui apparut après les autres, dont l'évolution complète s'effectua depuis deux mois.

Il n'a jamais senti des douleurs dans les yeux, ni aucune autre lésion.

Le diagnostic porté malgré l'inversion des lésions, fut de ptérygion double externe et de ptérygion en commencement sur l'œil droit.

Le traitement ne commença que le 14. J'ai voulu essayer l'application du sulfate de cuivre. Je pris un crayon de cette substance et je fis deux cautérisations, une le matin et une autre le soir. Après chaque application, j'eus le soin de bien laver les parties. Le 17, il y avait un

peu de changement de couleur, et le 24, des ptérygions étaient de couleur rose pâle.

En insistant sur l'application du sulfate de cuivre, j'eus le plaisir, le 15 juin, de voir la maladie complétement guérie.

Le 23 juin, le malade sortit de l'hôpital.

Ce qu'il y a de plus intéressant dans cette observation est l'inversion du sommet et de la base des ptérygions, qui ont toujours, d'après les descriptions des auteurs et les cas que j'ai vus, le sommet dirigé sur la cornée, au point de troubler la vision.

Il y a encore à remarquer le point d'où commença l'affection, qui a été de la cornée vers l'angle des yeux.

On ne pouvait diagnostiquer que des ptérygions. La marche indolente de la maladie, le temps qu'elle mit à se développer, et encore la forme triangulaire des productions ne font pas hésiter un moment.

Cette manière de penser a été partagée par MM. les Drs Garcia de Mendonça, Villaboïm et le professeur Caminhoá, qui ont vu le malade.

Le traitement par le sulfate de cuivre en substance, ressemble beancoup à celui qui a été conseillé par M. le Dr Decoudé. Il consiste à appliquer sur le ptérygion une couche d'acétate de plomb cristallisé, en poudre, à la retirer après quelques secondes avec un pinceau imbibé d'eau.

Les bons résultats qu'on peut obtenir quelquefois de l'emploi de ces substances, doit les faire essayer avant d'appliquer les procédés de Scarpa, Meddlemove, Riberi, Desmarres, Genstecher et d'autres.

Cette observation peut servir pour démontrer que l'opinion de M. Rognetta est trop exclusive, en ne considérant le ptérygion que comme une transformation musculaire, une hypertrophie des expansions fibreuses des muscles de l'œil, parce que dans ce cas, l'évolution de la maladie semble indiquer plutôt qu'elle doit consister dans un épaississement de la conjonctive et non dans une transformation musculaire.

Communication.

M. Duplay donne lecture d'une note intitulée : *Forme particulière d'ostéo-périostite subaiguë.*

Cette forme d'ostéo-périostite, dont j'ai observé deux exemples, est caractérisée par un gonflement considérable, survenant assez rapidement, ne s'accompagnant ni de douleurs vives, ni de phéno-

mènes de réaction intense, soit locale, soit générale, et se terminant après un temps relativement assez court, par résolution complète ou presque complète, c'est-à-dire *avec retour aux dimensions à peu près normales de l'os ou des os atteints.*

Dans les deux cas que j'ai observés, il s'agissait de jeunes sujets, et il est à remarquer que la même affection s'est reproduite à un court intervalle, sur des points différents du squelette.

Le premier fait m'avait tellement frappé par ses caractères insolites que j'avais cru devoir le publier dans les *Archives générales de médecine* de novembre 1876, sous ce titre : *Ostéite du premier métatarsien, développée successivement à chaque pied. Gonflement considérable de l'os. Guérison avec retour aux dimensions normales.* Je rappellerai les points principaux de cette observation.

Le malade, âgé de 15 ans, entra au mois d'août 1875 dans mon service de l'hôpital Saint-Antoine, pour un gonflemant du premier métatarsien du côté droit, survenu dans l'espace de sept semaines, à la suite d'une contusion légère du gros orteil.

Le premier métatarsien, dont le volume égalait à peu près celui d'un gros œuf, paraissait comme soufflé ; la peau immédiatement appliquée sur lui et glissant à sa surface, excepté en un point très-limité de son bord interne, était sillonnée par quelques veines superficielles ; il n'y avait ni empâtement, ni œdème. L'articulation métatarso-phalangienne était intacte, et avait conservé tous ses mouvements. La limite postérieure de la tumeur était plus vague, et il était difficile d'explorer l'articulation cunéo-métatarsienne. La tuméfaction du premier métatarsien remplissait le premier espace interosseux, mais il était possible de s'assurer que le second métatarsien ne participait pas au gonflement. La surface de l'os, ainsi augmenté de volume, était partout bien régulière, sans la moindre bouclure.

Quelques douleurs spontanées se montrent parfois sous forme d'élancements qui parcourent la jambe et remontent jusqu'au genou. Ces douleurs rendent la marche pénible. Tous les points de métatarsien sont légèrement sensibles à la pression.

Le développement rapide de cette volumineuse tumeur, l'absence de phénomènes inflammatoires nettement accusés, l'intégrité des parties molles, firent soupçonner l'existence d'un ostéo-sarcome central du premier métatarsien, mais sous l'influence du repos au lit, de quelques fomentations avec un liniment chloroformé et d'une compression légère, une amélioration sensible ne tarda pas à se manifester, les douleurs disparurent, la tuméfaction diminua graduellement, et après six semaines le malade quittait l'hôpital ne conservant plus qu'un gonflement à peine appréciable du premier métatarsien.

Dix mois après environ, il revenait me trouver à l'hôpital Saint-Louis pour une affection analogue siégeant sur l'autre pied.

Nous constatâmes alors que le pied droit était complétement guéri,

et il eut été impossible de soupçonner que le premier métatarsien avait été le siége du gonflement considérable que nous avions observé quelques mois auparavant.

Le malade nous apprend alors que depuis quatre mois environ, le premier métatarsien du pied gauche a commencé à augmenter de volume par son extrémité postérieure, et que dans l'espace de quinze jours la tuméfaction a envahi la totalité de l'os. Depuis un mois et demi environ, des douleurs spontanées sont survenues dans la partie gonflée, avec irradiation dans la jambe et dans la cuisse.

L'examen local montre que la lésion, quoique très-analogue à celle qui a existé sur l'autre pied, en diffère par une extension plus considérable. Le gonflement semble, en effet, envahir tout l'avant-pied qui présente le volume du poing. Les articulations métatarso-phalangiennes sont absolument saines ; les mouvements spontanés seuls sont un peu gênés par le gonflement. En arrière les limites de la tuméfaction sont vagues; celle-ci paraît néanmoins s'arrêter au niveau de l'articulation tarsienne. En dedans le gonflement qui fait corps avec le premier métatarsien est arrondi, à surface lisse et régulière, en dehors du premier métatarsien la limite est vague ; la tuméfaction semble occuper, surtout à la face dorsale, les deuxième, troisième et quatrième métatarsiens, mais il est à peu près impossible de décider si cette tuméfaction est due à un prolongement de la tumeur du premier métatarsien, recouvrant les os voisins, ou si ceux-ci prennent part au gonflement ; seul le cinquième métatarsien a conservé son indépendance et son volume normal. La peau qui recouvre la tumeur est intacte, mobile ; il n'y a pas d'œdème. Quelques douleurs lancinantes, même au repos ; sensibilité peu vive à la pression.

La maladie suivit exactement la même marche que nous avions observée sur l'autre pied. Le malade ayant été condamné au repos, et soumis à un traitement par l'iodure de potassium à faible dose, on vit disparaître d'abord les douleurs, puis le gonflement diminua graduellement, quoique plus lentement que dans le premier cas.

A mesure que les parties revenaient à leur volume primitif, l'exploration isolée de chaque métatarsien devint un peu plus aisée, cependant elle ne nous permit jamais de nous assurer que le premier métatarsien était le siége exclusif du gonflement, lequel s'étendait certainement aux cunéiformes et peut-être aux deuxième et troisième métatarsiens. Toujours est-il que le premier métatarsien seul conserve les traces de la maladie, en ce sens que lors de la sortie du malade, après un séjour de quatre mois à l'hôpital, on remarquait sur la face dorsale du premier métatarsien une petite crête saillante, antéro-postérieure, terminée par un bord denté très-appréciable sous la peau et qui limitait en dehors le tendon extenseur du gros orteil. A part cette particularité, l'avant-pied avait à peu près repris son volume normal, la station et la marche s'exécutaient sans douleur.

Voici maintenant le second fait que j'ai observé plus récemment.

Il s'agit d'un jeune garçon de 16 ans, polisseur, entré le 9 avril de cette année dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis. Au mois de

janvier de la même année, il avait fait un court séjour dans la salle pour des douleurs accompagnées de gonflement léger, au niveau des épiphyses supérieures des deux tibias, des épiphyses inférieures des fémurs, et de l'extrémité supérieure du fémur gauche. Au bout de 15 jours, ces accidents avaient disparu par le repos.

Deux mois avant sa rentrée à l'hôpital, ce jeune homme fut pris de douleurs dans les extrémités supérieures des deux os de l'avant-bras droit, douleurs bientôt accompagnées de gonflement et de gêne dans les mouvements du coude. Ces phénomènes augmentèrent d'intensité, en même temps qu'il survint un peu de malaise et de fièvre.

A notre premier examen nous constatons un gonflement très-considérable de l'avant-bras droit, surtout à sa partie supérieure ; la mensuration pratiquée à 3 travers de doigt, au-dessous du sommet de l'olécrâne, donne 25 centimètres de circonférence, tandis que l'avant-bras gauche ne mesure au même niveau que 19 centimètres 1/2. Cette tuméfaction qui se perd sur la face dorsale de l'avant-bras, un peu au-dessous de sa partie moyenne, est manifestement formée par l'augmentation de volume du radius et du cubitus dans leur moitié supérieure. Les parties molles ne paraissent pas y contribuer; la peau est saine, sans rougeur, un peu chaude; il n'y a pas d'œdème sous-cutané.

On remarque seulement un développement des veines sous-cutanées qui n'existent pas de l'autre côté.

L'articulation du coude est tout à fait indemne. L'avant-bras est cependant fixé dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination, et dans la demi-flexion. Lorsqu'on cherche à modifier cette position, on détermine de la douleur.

En même temps que ces phénomènes locaux, on constate un léger état fébrile, de la diminution de l'appétit, une langue saburrale. Le petit malade quoique chétif et présentant l'aspect du tempérament lymphathique, n'a jamais eu de manifestations scrofuleuses. Il loge dans un endroit humide, mais n'a pas été atteint de rhumatisme.

Traitement : Sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue, vin de quinquina, cataplasmes.

Dès le 20 avril c'est-à-dire onze jours après son entrée, on constate déjà une diminution considérable dans le gonflement. L'avant-bras mesure 21 centimètres 1/2, soit une diminution de 3 centimètres 1/2.

La tuméfection qui persiste, semble occuper principalement l'extrémité supérieure du radius. Les mouvements du coude sont toujours gênés et douloureux.

26 *avril.* — La circonférence de la partie supérieure de l'avant-bras ne mesure plus que 20 centimètres. Les mouvements de flexion et d'extension sont presque entièrement libres et s'exécutent sans douleurs. La pronation et la supination sont encore gênées.

Le malade quitte l'hôpital le 17 mai pour aller en convalescence. Les os de l'avant-bras ont à peu près complétement repris leur volume normal. Il n'existe plus la moindre douleur. Les mouvements de pronation et surtout de supination forcée sont encore un peu gênés, mais

ont, cependant, considérablement gagné en étendue depuis quelques jours.

Nous revoyons le malade le 1er juin et nous pouvons nous assurer que, sauf un léger gonflement à peine perceptible sur le bord postérieur du cubitus, il serait à peu près impossible de soupçonner l'énorme tuméfaction dont les deux os de l'avant-bras étaient le siége. De plus les mouvements de pronation et de supination ont repris toute leur étendue.

Ainsi chez ces deux malades nous voyons se développer rapidement une tuméfaction exclusivement osseuse, sans participation des parties molles, et qui disparaît dans un espace de temps qui a varié de six semaines à quatre mois, ne laissant pour ainsi dire aucune trace de son existence.

Cette résolution à peu près complète d'une tuméfaction osseuse me paraît un fait digne de fixer l'attention et constitue une sorte d'anomalie dans l'histoire de la marche habituelle de l'ostéo-périostite non syphilitique, qui lorsqu'elle ne suppure pas, laisse des traces accusées de son existence.

Sans pouvoir fournir aucun renseignement sur l'anatomie ou la physiologie pathologique de cette forme d'ostéo-périostite, je crois cependant pouvoir la faire rentrer dans la classe des ostéites épiphysaires d'après le point de départ et le siége du gonflement osseux et d'après l'âge des malades, qui répond précisément à cette époque de la vie où les extrémités épiphysaires sont particulièrement exposées aux phlegmasies.

Discussion.

M. Lannelongue. Je n'ai jamais rencontré de cas analogues à ceux dont vient de nous entretenir M. Duplay, cependant je serais assez disposé à les rapprocher de certains gonflements osseux que j'ai pu observer chez des jeunes sujets de 14 à 15 ans. Dans ces cas, le point, qui les sépare des faits de M. Duplay, consiste en ce que le gonflement n'a pas disparu ; ce gonflement persiste d'une façon assez notable pour gêner les mouvements, ainsi, sur une jeune fille de 15 ans, le gonflement, qui avait atteint l'extrémité inférieure du radius, empêche la flexion du poignet.

Dans plusieurs observations, le début des accidents avait présenté des caractères différents, dans un cas ce fut par une contraction musculaire. Chez tous mes malades, le gonflement a été très-peu influencé par le repos, seul traitement possible.

Je serais heureux de savoir quelle explication M. Duplay croit pouvoir donner de cette lésion. Le gonflement porte-t-il sur le tissu osseux du métatarsien ou bien est-ce entre la surface osseuse et le périoste que se place ce tissu nouveau ? Est-ce un

gonflement périostique pouvant s'accompagner de dépôts embryonnaires dont la résorption se serait produite rapidement ?

Chez tous mes malades, le gonflement était survenu à la suite de fatigue ou de trop grande contraction musculaire; chez les malades de M. Duplay, rien de semblable n'a été observé.

M. Houel. Je voudrais savoir de M. Duplay si cette tuméfaction porte toujours sur l'épiphyse, et si elle n'a été rencontrée que sur de jeunes sujets, car je rapprochais les observations de notre collègue de faits que j'observe fréquemment au lycée Saint-Louis. Je vois souvent des enfants, de 14 à 15 ans, présentant un gonflement assez considérable de la partie supérieure du tibia. L'épine du tibia est très-gonflée, douloureuse et, cependant, tout disparaît avec du repos et quelques badigeonnages de teinture d'iode.

M. Lannelongue. Je voudrais faire observer qu'on se trompe facilement sur le volume des extrémités osseuses, je me souviens d'un malade atteint d'une tumeur blanche du genou, chez lequel la mensuration nous avait fait admettre une augmentation notable des condyles; l'enfant succomba, et à l'autopsie nous pûmes constater que les os avaient exactement le même volume que ceux du côté opposé.

C'est une remarque importante, car, dans les cas cités par M. Houël, il ne faudrait peut-être pour rapporter le gonflement au tissu osseux.

M. Marjolin. Les deux faits recueillis par M. Duplay sont très-importants, car je ne me rappelle pas avoir vu de cas analogues chez les enfants atteint de gonflement du corps de l'os que j'ai observé; il y avait toujours eu une poussée inflammatoire bien nette et bien tranchée. Dans les deux cas de M. Duplay, ce qui me frappe particulièrement, c'est l'hypertrophie lente, revenant à son état normal, sauf dans un cas où il persista une petite ortiaphyte.

Je crois qu'il y a là une conclusion pratique importante à tirer, c'est qu'il ne faut pas se hâter d'opérer puisque, dans une des observations, on avait cru pouvoir penser à un ostéo-sarcome.

A ce propos je rappellerai l'observation d'un employé de chemin de fer que j'ai présenté à la Société. Cet homme était atteint d'une volumineuse tumeur ganglionnaire du cou sur laquelle presque tous les membres portèrent un pronostic grave. Aujourd'hui cet homme est complétement guéri, sans aucune intervention chirurgicale.

M. Duplay. Les faits dont vient de nous parler M. Houël ont été déjà signalés, et ce siége du gonflement, ne comprenant qu'une extrémité osseuse, les éloigne complétement des miens, où les lésions occupent l'os entier.

Quand au processus pathologique, je ne puis en donner aucune explication ; chez un de mes malades, je crus à un sarcome central ayant repoussé la coque osseuse, mais la marche me prouva que ce diagnostic n'était pas soutenable.

Y a-t-il une exsudation sous-périostique ? je serais assez disposé à l'admettre puisque, dans un cas, j'ai vu persister une petite crête, ne pouvant s'expliquer que par l'organisation de l'exsudat. Pour moi il n'y a pas de doute que l'os et le périoste ne soient en jeu, aussi je crois qu'il faut conserver à cette lésion le nom d'ostéo-périostite.

Je remercie M. Marjolin d'avoir bien voulu me confirmer que les faits dont je viens de parler sont des cas nouveaux.

Lecture.

M. Pozzi donne lecture d'une note intitulée : *Procédé pour favoriser la dissection et l'ablation totale de certains kystes à contenu liquide ou demi-liquide* (*injection de blanc de baleine solidifiée par la réfrigération*).

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Lannelongue, Houël et Delens.

Présentation d'instrument.

M. Bigelow, de Boston, présente un appareil destiné à extraire les fragments après la lithotritie.

Cet instrument est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Verneuil, Lannelongue et Duplay.

La séance est levée à 5 h. 10 m.

Le Secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 25 septembre 1878.

Présidence de M. TARNIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine, la *Gazette obstétricale*.

2° L'*Avenir Médical du Nord de la France*, le *Lyon Médical* la *Revue Médicale de l'Est*.

3° La *Salute*, journal des sciences médicales de Gênes, *The British medical Journal*, la *Gazette médicale Italienne-Lombarde*.

4° *Observations cliniques sur le traitement des ophthalmies purulentes*, la *Chirurgie conservatrice. Note sur un cas d'hématocèle ou kystie ancienne du cordon spermatique*, par M. le Dr Borlée, membre titulaire de l'Académie royale de Belgique.

5° Une observation de M. le Dr Poinsot, membre correspondant, intitulée : *Sarcome généralisé, après une première opération datant de 2 ans 1/2*.

Communications.

M. Nicaise communique l'observation suivante intitulée : *Tumeur fibreuse intra-pariétale de la paroi abdominale. — Ablation. Guérison.*

Dans la séance du 7 novembre 1877, j'ai eu l'honneur de vous présenter une tumeur fibreuse de la paroi abdominale que j'avais enlevée le matin, je viens aujourd'hui compléter mon observation :

Madame X...., âgée de 43 ans, entre à l'hôpital Necker, en octobre 1877. Elle n'a jamais été malade et a eu 6 enfants, le premier il y a 25 ans.

Il y a 4 ans cette malade a remarqué l'existence d'une petite tumeur vers la partie antérieure de la crête iliaque gauche. Elle a grossi peu à peu et avait, il y a 1 an, le volume du poing. Aujourd'hui elle a les dimensions d'une tête d'adulte, et a augmenté rapidement, surtout depuis quelques semaines.

Cette tumeur située dans le flanc gauche, forme une énorme saillie au-dessus des parois abdominales; entraînée par son poids, elle s'incline en bas et recouvre la crête iliaque; en haut, elle remonte jusqu'au rebord des fausses côtes; en dedans, elle est éloignée de 12 centimètres de l'ombilic. Son pourtour mesure 39 centimètres dans le sens transversal et 41 centimètres dans le sens vertical. La peau qui la recouvre est distendue, mais sans aucune adhérence, sans œdème. Les veines sous-cutanées sont très-volumineuses. La tumeur est plus chaude au toucher que les parties voisines; à la partie déclive la peau est rouge.

La tumeur est globuleuse dans son ensemble, mais on distingue nettement à sa surface 3 ou 4 mamelons volumineux. Par la palpation on reconnaît également qu'elle fait saillie vers la cavité abdominale; la fosse iliaque interne est libre.

Sa consistance est inégale, elle est en général dure, fibreuse mais dans sa partie la plus saillante, et en bas elle présente une sorte de fluctuation.

Elle ne peut être entraînée en dehors, soulevée ni déplacée dans le sens vertical; transversalement, au contraire, on peut lui imprimer des mouvements assez étendus. En faisant contracter les muscles de la paroi abdominale, la tumeur est immobilisée et de plus elle se congestionne.

La malade a toujours été bien réglée jusqu'au mois de janvier 1877. A ce moment elle eut une perte qui dura 15 jours, et un léger écoulement sanguin persista pendant 3 mois. Du mois de mars à la fin d'août les règles ne parurent pas; au commencement de septembre elles reparaissent pendant 1 ou 2 jours, s'arrêtent, puis reviennent le 8. L'écoulement sanguin se continue jusqu'au mois d'octobre, s'arrête pendant 2 jours pour reprendre encore pendant une quinzaine.

Les organes du bassin furent examinés avec le plus grand soin, mais je ne constatai rien d'anormal, ni dans l'utérus, ni dans ses annexes; il n'y avait aucune tumeur, ni dans le bassin, ni dans les fosses iliaques.

Le diagnostic fut : tumeur fibreuse des parois abdominales adhérente aux aponévroses et probablement à la crête iliaque.

L'interrogatoire de la malade m'avait fait craindre des complications du côté du bassin, mais l'examen direct me démontra que les troubles menstruels devaient être rattachés à la ménopause ou peut-être au voisinage d'une énorme tumeur, dont le développement rapide a coïncidé précisément avec l'apparition des troubles menstruels.

La malade demandait à être opérée, l'opération était en effet indiquée par la marche rapide de la tumeur, sa tendance prochaine à l'ulcération et l'impossibilité dans laquelle elle mettait la malade de vaquer aux besoins de la vie.

L'état général était bon, les viscères sains.

La tumeur était-elle adhérente au péritoine? Il était à peu près impossible de répondre à cette question, aussi, dans le doute, je jugeai indispensable de prendre toutes les mesures commandées par la possibilité de ces adhérences.

Il fut décidé que la malade serait opérée à l'hopital Temporaire quand la métrorrhagie aurait cessé.

Les jours suivants la tumeur fit des progrès, elle s'ulcéra à sa partie déclive et il s'écoula une sérosité assez abondante, mais jamais de pus. Une nouvelle perte survint à la fin d'octobre et dura 4 ou 5 jours.

L'opération fut faite le 7 novembre.

La malade est chloroformée. Une incision elliptique occupant tout le diamètre vertical de la tumeur, limite une étroite languette de peau, comprenant la partie ulcérée et qui devra être enlevée. Je procède ensuite à la dissection de la tumeur; sa face antérieure est recouverte par le bord postérieur du grand oblique qui est disséqué et rejeté en avant; sa face profonde adhère intimement avec les parties voisines; elle est unie aux aponévroses du petit oblique et du transverse, non par un simple pédicule, mais par une épaisse bandelette de tissu fibreux qui occupe toute sa hauteur et s'élargit en bas où elle s'insère sur la crête iliaque. En sectionnant ces tissus fibreux on voit qu'ils

renferment une grande quantité de petits vaisseaux, en aucun point il n'y a d'artère volumineuse. La direction de la tumeur dans les parties profondes, fut faite avec attention, dans la crainte du péritoine; je me sorvis d'un bistouri boutonné. Le péritoine ne fut pas découvert mais seulement le fascia propria.

Je me servis pendant l'opération de pinces hémostatiques et je fis à la fin toutes les ligatures avec le catgut. L'étendue de la plaie était considérable, deux lambeaux cutanés la recouvraient. Je fais une suture entrecoupée avec des fils d'argent, en laissant libre la partie moyenne de la plaie pour permettre le passage de deux tubes à drainage. Des cylindres de ouate placés de chaque côté de la suture appliquent les lambeaux cutanés sur le fond de la plaie. Pansement antiseptique, ouate sur le ventre, bandage de corps en flanelle.

La malade fut déprimée après l'opération, sa température était seulement alors de 36°,2, le soir elle atteignait 37°,2 et 39°,3 le troisième jour. Le cinquième elle monta à 39°,8 et à 40° le sixième ; cette élévation coïncida avoc le développement d'une plaque d'érysipèle autour de la plaie. Cet érysipèle pâle, bénin, ambulant, sans frisson, ni état général grave, retarda un peu la cicatrisation ; néanmoins il y eut réunion immédiate des lèvres de l'incision dans la plus grande partie de leur étendue. Aucune complication ne survint du côté de l'abdomen.

On continua les pansements antiseptiques avec des solutions phéniquées ; le traitement médical fut approprié.

La malade se leva le 30 novembre pour la première fois ; le 5 décembre j'ouvris un petit adéno-phlegmon épitrochléen à gauche. Quelques jours après la malade sortit complétement guérie, ayant recouvré ses forces et sa santé habituelle, les règles vinrent le 11 novembre et durèrent 6 jours sans rien présenter de particulier.

La cicatrice est solide, linéaire, et il n'y a pas à craindre d'éventration, néanmoins, pour plus de sûreté, je fais porter une ceinture avec pelote au niveau de la cicatrice. Depuis j'ai revu la malade, l'état local et l'état général sont excellents.

Examen de la tumeur. — Elle est irrégulièrement lobulée et du poids de 2,400 grammes. Elle ne renferme pas de gros vaisseaux. A sa face profondo on trouve les traces des adhérences qu'elle présentait avec les tissus aponévrotiques, ce sont des tractus longitudinaux volumineux qui occupent toute sa hauteur et se continuent en bas avec une masse plus épaisse qui formait comme leur base et adhérait à la crête iliaque.

La coupe de la tumour présente un aspect différent vers la partie profonde et vers la partie superficielle. Il semble qu'elle se soit développée de dedans en dehors à la fois par l'augmentation des lobules externes et par l'addition de nouveaux lobules à sa face profonde. En ce point en effet, la tumeur est formée de tissu fibreux blanc jaunâtre, à tractus formant des réseaux très-irréguliers, de consistance ferme, élastique, très-résistant à la section et à la traction et comme légèrement infiltré d'une sorte de matière muqueuse ; on n'obtient rien par le raclage

En se rapprochant de la surface, le tissu fibreux est altéré ; par places on trouve de petites taches jaunes dues à des amas granulo-graisseux, en un point même il y a de petits dépôts calcaires. Ailleurs le tissu est plus mou, rosé, friable, se rapproche de l'aspect sarcomateux. Il y a là une sorte d'altération secondaire, de dégénérescence du fibrome, et cette altération se rencontre dans de nombreux points de la partie superficielle. A la partie la plus saillante se trouve un lobule presque fluctuant et renfermant un caillot sanguin.

A la portion la plus déclive, un lobule présente des altérations inflammatoires ; il est mou, friable, grisâtre et offre à sa partie centrale une masse assez considérable, nécrobiosée et entourée de tissu très-vascularisé dans l'épaisseur de 2 à 3 millimètres, formant comme une sorte de membrane d'élimination en voie de formation et analogue à celle qui se produit autour des séquestres. La peau qui recouvrait la portion déclive était ulcérée et une petite portion de la néoplasie faisait saillie en dehors.

Examen microscopique. — Il est dû à l'obligeance de M. Malassez. A la périphérie la trame est formée de tissu conjonctif et contient de nombreuses cellules fusiformes ; dans certains points, la tumeur est formée de cellules embryonnaires rondes, avec un gros noyau. Dans la tumeur, assez vasculaire d'ailleurs, les vaisseaux sont formés uniquement par l'écartement des cellules et n'ont pas de paroi propre ; on y trouve des coagulations sanguines.

Dans la partie profonde on trouve des éléments fibreux et enfin dans le pédicule cet élément prédomine, les éléments conjonctifs sont rares. On trouve cependant là encore des éléments embryonnaires disséminés.

En résumé la tumeur présente en certains points la structure du fibrome, en d'autres celle du sarcome fasciculé.

Remarques. — Il s'agit donc dans ce cas d'une tumeur fibreuse développée vers l'époque de la ménopause chez une femme ayant eu des enfants et dans le côté gauche de la paroi abdominale, comme cela a été signalé dans la plupart des observations. La base de la tumeur s'insérait à la fois sur le périoste de la crête iliaque et sur les aponévroses profondes de la paroi abdominale, en particulier sur celles des muscles petit oblique et transverse. Il y a lieu de remarquer qu'elle avait débuté près de la crête iliaque et que ce n'est que plus tard qu'elle est montée dans le flanc ; on est donc en droit de supposer qu'elle a pris naissance sur le périoste de la crête iliaque au niveau des insertions aponévrotiques des muscles de l'abdomen et qu'ensuite elle a continué à se développer en suivant ces aponévroses. La tumeur était donc bien intra-pariétale, et analogue à celle que M. Guyon a décrite dans son récent mémoire.

J'ai dit que la tumeur présentait une température plus élevée que celle des parties voisines. L'élévation est dans ce cas d'au-

tant plus manifeste que l'accroissement de la tumeur est plus rapide. Il ne faut pas confondre cette augmentation de température avec celle qui se produit quand l'inflammation s'empare d'une tumeur. Dans les faits dont nous parlons l'élévation de la température est due à l'activité des phénomènes nutritifs qui se passent dans la tumeur.

L'importance des changements de la température locale est considérable et donne des renseignements précieux pour le diagnostic et le pronostic. Aussi l'attention se porte-t-elle beaucoup en ce moment vers ces recherches : outre les travaux de M. Peter, nous avons à signaler un mémoire de M. Estlander d'Helsingfors *Sur la température des sarcomes* (*Nordiskt medicinískt Arkiv.*, Band IX, nº 4, 1877) et un autre de M. Verneuil *Sur la fièvre symptomatique des néoplasmes* (*Revue mensuelle de méd. et de chir.*, février 1878).

L'opération chez ma malade n'a pas présenté de grandes difficultés, mais je me suis entouré de toutes les précautions usitées dans l'ovariotomie, d'autant plus que je pouvais être amené pendant l'opération à ouvrir le péritoine dans le cas où la tumeur aurait eu avec lui des adhérences intimes; heureusement il n'en fut pas ainsi. Virchow et d'autres auteurs pensent avec raison qu'il est toujours nécessaire de faire une extirpation totale, dans la crainte d'une récidive.

Un fait rapporté par Cornil [1] de Kiel, montre qu'en effet la récidive est possible. Dans un cas dû à M. Gosselin (Th. Bodin, p. 29) une petite portion de la tumeur laissée au fond de la plaie augmenta de volume et dut être cautérisée. Dans une autre observation de Cornil de Kiel, une partie de la tumeur laissée sur le péritoine n'empêcha pas la cicatrisation ; mais la malade n'a pas été suivie.

Dans l'observation que je viens de vous communiquer, la tumeur s'insérait à la fois sur le périoste et sur les aponévroses abdominales, mais il n'en est pas toujours ainsi. M. Depaul, après Cruveilhier et Virchow, nous a démontré qu'elles pouvaient prendre naissance sur le périoste seul (*Bul. Soc. chir.*, 1877, p. 741); elles peuvent aussi s'implanter exclusivement sur les aponévroses d'insertion. M. Letaillieur, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Alençon, m'a fait l'honneur de m'adresser une observation inédite dans laquelle se trouve relatée l'histoire d'une jeune femme à laquelle notre distingué confrère enleva avec succès une énorme tumeur fibreuse développée sur la ligne blanche. Voici du reste cette observation telle qu'elle m'a été adressée :

[1] Cornil, 1865, *De nonnullis fibromatis in teguminibus abdominis sitis.* Th. Kiel.

E. Suadicani, 1875. *Uber Geschwulste in den Bauchdaken und deren Exstirpation.* Th. Kiel.

Tumeur fibreuse de la ligne blanche, opération, guérison,
par M. Letaillieur, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Alençon.

Dans les premiers jours de novembre 1875, je fus consulté par une jeune femme de vingt et quelques années, mère d'une fille de 4 ans, pour une énorme tumeur située à la partie médiane et moyenne de la paroi abdominale, immédiatement au-dessous de l'ombilic.

Cette tumeur, très-volumineuse, arrondie, bosselée, offrant une certaine mobilité, présentait deux larges ulcérations arrondies de 10 à 12 centimètres de diamètre chacune, résultant selon toute apparence de la destruction de la peau par la pression excentrique de la tumeur, car il n'y avait eu, paraît-il, aucune application de caustiques. La peau était en partie adhérente.

Peu après sa couche, cette femme avait vu se développer une petite tumeur indolente longtemps stationnaire, puis évoluant lentement malgré l'emploi de toutes les pommades fondantes.

Depuis quelques mois seulement cette tumeur avait rapidement augmenté de volume, était devenue très-douloureuse, empêchait tout travail et s'accompagnait d'amaigrissement notable.

Une consultation eut lieu et l'intervention fut décidée.

Je l'opérai le 22 novembre au matin, en présence de mes bienveillants confrères MM. les docteurs Prévost, médecin de l'Hôtel-Dieu, Belloc, ancien médecin de l'Asile, et Libert.

La tumeur était implantée sur les plans fibreux de la ligne blanche par une base assez large, la dissection en fut un peu longue et délicate; je fus obligé de mettre à nu dans l'étendue de quelques centimètres le feuillet externe du péritoine dont la cavité ne fut pas ouverte.

Pendant l'opération, la malade perdit peu de sang, mais fut prise de vomissements. Froide, sans pouls radial, avec une respiration excessivement faible et rare, la malheureuse resta toute la journée dans un état de prostration extrêmement voisin de la mort, qui nous inspira les plus vives inquiétudes.

Une réaction franche se déclara dans la seconde moitié de la nuit, sous l'influence de potions fortement alcoolisées et rien ne vint entraver la cicatrisation.

Aujourd'hui, la santé est excellente, le travail facile, la joie et l'embonpoint revenus.

La tumeur dont le poids approchait de 6 livres, fut examinée au microscope par M. le docteur Schindler, médecin-major au 17e bataillon de chasseurs, qui la considéra comme étant de nature exclusivement fibreuse.

Discussion.

M. Houel. Le fait qui vient de nous être communiqué est d'un grand intérêt, car l'histoire de ces tumeurs fibreuses est encore à l'étude. L'examen de la pièce a prouvé que c'était une tumeur

mixte moitié fibreuse moitié sarcome, je voudrais savoir de M. Nicaise si c'était la portion fibreuse qui était en rapport avec l'os iliaque.

Le résultat a été fort heureux, mais il n'en est pas toujours de même. J'ai vu une dame à laquelle fut pratiquée l'ablation d'une tumeur double ; les suites immédiates furent assez bonnes pour lui permettre de quitter Paris, mais elle succomba six mois après l'opération, sans que l'on ait pu obtenir une cicatrisation de la plaie.

Je désirerais savoir de notre collègue, si les recherches qu'il a faites lui ont permis de savoir ce que deviennent ces tumeurs abandonnées à elles-mêmes ; voit-on se former, comme dans les fibromes utérins, des dépôts crétacés, et peuvent-elles finir par s'énucléer spontanément ?

M. Lucas-Championnière. M. Nicaise a pu guérir sa malade sans éventration, pourrait-il nous dire s'il a employé une suture particulière ? J'ai vu une malade qui fut opérée d'une tumeur fibreuse de la crête iliaque, à la suite de laquelle se produisit une éventration qui lui occasionnait plus de gêne que le poids de la tumeur.

M. Nicaise. Il s'agissait d'un fibrome dégénéré en certains points ; toute la portion qui était en rapport avec l'os et l'aponévrose était entièrement fibreuse. Dans les parties superficielles il y avait des dépôts crétacés, granulo-graisseux, et dans un point, autour d'une masse nécrobiosée, se trouvait une membrane d'élimination en voie de formation.

Abandonnées à elles-mêmes, ces tumeurs peuvent finir par s'ulcérer, comme chez ma malade. Dans le cas de M. Letaillieur, dont j'ai parlé, il y avait également une ulcération.

J'ai pratiqué une suture exacte avec des fils d'argent et je l'ai maintenue avec de petits cylindres de coton placés de chaque côté. Il s'est produit, à un certain moment, une traction des lèvres de la plaie que j'ai combattue avec une suture sèche composée de bandes collodionées. J'ai pu ainsi prévenir l'écartement et obtenir une cicatrice linéaire. J'ai cependant pris la précaution de faire porter une ceinture, et aujourd'hui cette femme est complétement guérie.

Lectures.

I.

M. Gritti, de Milan, fait une communication *sur un nouveau procédé de taille, et présente en même temps un nouveau cathéter.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de M. Polaillon, Berger et Nicaise, rapporteur.

II.

M. Pozzi, candidat au titre de membre titulaire, donne lecture d'un travail intitulé : *Kyste de l'ovaire à développement rapide. Ovariotomie. Guérison complète en vingt-cinq jours.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Lucas-Championnière, Polaillon et Terrier, rapporteur.

III.

M. Studsgaard, de Copenhague, donne lecture d'un travail intitulé : *Corps étrangers (verre à champignons) dans l'S iliaque extrait par la paro-entérotomie. Guérison.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Houël, Verneuil et Tillaux, rapporteur.

Présentations d'instruments.

I.

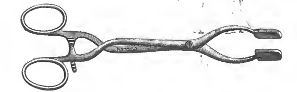
M. Galli, de Lucques, présente un instrument pour l'opération de la fistule vésico-vaginale.

L'examen de cet instrument est renvoyé à une commission composée de MM. Polaillon, Anger et Tillaux, rapporteur.

II.

M. Nicaise, présente une *pince tire-langue.*

Frappé des inconvénients que présentent la plupart des instruments employés pour saisir et attirer la langue au dehors, pendant les opérations ou l'administration du chloroforme, instruments qui déterminent toujours des blessures, j'ai fait construire par M. Collin, il y 18 mois, une *pince tire-langue* à mors plats, légèrement élastiques et recouverts d'une peau molle à surface rugueuse.



Quand on saisit la langue avec les doigts recouverts d'une compresse de toile à tissu assez gros, on la maintient solidement; la

toile dessèche la langue en s'imbibant du liquide qui la recouvre et les deux surfaces n'ont plus de tendance à glisser l'une sur l'autre.

La pince est basée sur ce principe. C'est une pince à anneaux, à branches croisées, à crémaillère près des anneaux. Les mors sont formés d'une mince lamelle d'acier de 2 centimètres de large sur 3 environ de long et d'une lamelle de caoutchouc; le tout est recouvert d'une sorte de gant en peau souple, à surface irrégulière, rugueuse, susceptible de se laisser imbiber.

Dès que la peau est lisse et ne s'imprègne plus de liquide il faut la changer; la pince doit être accompagnée de gants de rechange.

Discussion.

M. Verneuil. La pince que vient de nous présenter M. Nicaise est fort ingénieuse, mais je lui ferai une petite critique. Lorsqu'on endort un malade et qu'il devient nécessaire d'attirer la langue pour faire cesser une asphyxie commençante, les dents sont fortement serrées et il me paraît difficile de pouvoir introduire une pince du volume de celle de M. Nicaise. J'ai employé la pince de trousse, j'ai employé une pince qui a été construite par un de mes externes et avec laquelle on peut obtenir une forte pression. Mais il arrive souvent que l'on est obligé de recommencer cette manœuvre 8 et 10 fois pendant une opération, aussi sera-t-il difficile de la renouveler aussi souvent avec un instrument dont l'introduction sera pénible.

Pour remédier à cet inconvénient, j'ai recours depuis longtemps à l'emploi d'une pince de Museux un peu courbe. Une fois la langue saisie, je laisse pendre la pince et, de cette manière, je puis maintenir la langue sans lui faire subir une compression trop longtemps maintenue. Les petites plaies produites par les mors de la pince n'ont aucun inconvénient.

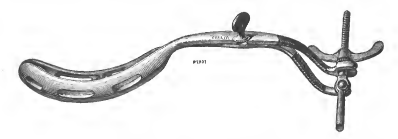
M. Berger. Depuis un an je me sers de la pince de M. Nicaise et j'en suis fort satisfait. Il est, en effet, difficile de saisir la langue, mais j'ai soin de me servir d'une pince ordinaire pour attirer la langue que je saisis ensuite avec la pince de M. Nicaise. L'épaisseur de cette pince l'empêche de rentrer dans la bouche.

M. Nicaise. L'introduction de ma pince demande, en effet, dans certains cas, l'écartement des dents avec un autre instrument, mais une fois en place, elle peut être laissée sans inconvénient, tout le temps nécessaire et, grâce à sa construction, elle n'occasionne aucune lésion.

III

Céphalotribe.

M. Tarnier. J'ai présenté à la Société, il y a quelques mois, un nouveau céphalotribe dont les branches portent des petites fenêtres et des barres permettant l'écrasement de la tête. Grâce à cette modification, il est impossible d'adresser à ce céphalotribe



le reproche qui a été fait à tous les céphalotribes, c'est de ne pas bien tenir la tête et de lâcher la prise. De plus, j'ai fait subir à cet instrument une courbe périnéale, qui permet de pratiquer des tractions dans le sens du détroit supérieur.

Si je présente de nouveau ce céphalotribe, c'est que j'ai apporté une nouvelle modification, qui corrige un des défauts du céphalotribe ordinaire. Pour rapprocher les deux branches, on emploie ce que l'on nomme la vis de M. Blot, mais cette vis est difficile à accrocher. J'ai modifié ce côté défectueux en plaçant sur une des branches du céphalotribe un bouton et sur l'autre une fourche. La branche qui doit réunir les deux branches, présente une ouverture analogue à celle d'un petit instrument appelé patience, le bouton entre dans la partie évasée, puis glisse dans la portion étroite; l'extrémité de la tige s'applique presque seule dans la fourche et l'on peut alors pratiquer des tractions très-énergiques sur cette tige transversale.

Discussion.

M. Polaillon. Je crois que le céphalotribe de M. Tarnier tombe dans le défaut opposé à celui des autres céphalotribes. Je crains qu'il ne soit très-difficile, à cause des barres transversales, de faire lâcher prise à l'instrument et de ne pas pouvoir alors reporter les branches pour saisir la tête dans une autre direction.

Je crois que l'on pourrait supprimer avec avantages les barres transversales qui sont à la face interne des branches.

M. Tarnier. Je crois que ce céphalotribe est tout à fait à l'abri

du reproche que l'on a adressé aux autres instruments de ce genre; quant au danger que signale M. Polaillon, je ne l'ai pas encore rencontré et, si je le constatais, je m'empresserais d'apporter une modification.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 2 octobre 1878.

Présidence de M. GUYON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine; les *Archives générales de médecine*, le *Bulletin général de thérapeutique ;*

2° Le *Marseille Médical*, le *Lyon Médical*, le *Bulletin médical du Nord ;*

3° La *Gazette médicale Italienne-Lombarde*, la *Gazette de santé militaire de Madrid; The Medical Times de Philadelphie, The British medical Journal ;*

4° Une lettre de M. le Dr Burggraerve, de Gand, adressant à la Société son ouvrage intitulé : *le Génie de la chirurgie contemporaine* ou *la Chirurgie conservatrice ;*

5° *Rupture traumatique de l'oreillette droite du cœur*, par M. le Dr Dehenne, médecin aide-major (présenté par M. Verneuil);

6° Un mot sur la *mesure de la myopie*, par M. le Dr Dehenne (présenté par M. Verneuil) ;

7° *Hémorrhagie consécutive à l'extraction d'une dent chez un hémophile et ayant nécessité la ligature de la carotide primitive. — Guérison.* (Présenté par M. Larrey.)

(*Commission :* MM. Sée, Polaillon, Farabeuf.)

M. le Président annonce que MM. PAMARD, d'Avignon, et THOMAS DE CLOSMADEUC, de Vannes, membres correspondants, assistent à la séance.

M. le Secrétaire général donne lecture, au nom de M. Chauvel, membre correspondant, de l'observation suivante, intitulée :

Plaie par instrument tranchant. — Pénétration de l'abdomen et des deux plèvres. — Issue de l'épiploon. — Perforation de la rate. — Section de la moelle épinière à sa partie inférieure. — Hémo-thorax double. — Mort le troisième jour.

L'observation que j'ai l'honneur de communiquer à la Société m'a paru digne d'intérêt, ne fût-ce que par la multiplicité des lésions produites par un même coup de couteau. La plupart de ces lésions avaient été reconnues pendant la vie, quelques-unes n'avaient été que soupçonnées, d'autres enfin n'ont été constatées qu'à l'autopsie. Il me paraissait impossible que l'instrument eût été poussé avec une force assez grande pour pénétrer à une telle profondeur et la nécropsie seule a pu m'enlever les doutes que je conservais encore.

Mahomed ben Kaddour, Arabe dans l'âge adulte, vigoureusement constitué, est apporté à l'hôpital d'Orléansville (Algérie) le 9 juin dernier, salle 12, nº 23.

En maraudant pendant la nuit précédente, cet homme a été frappé de deux coups de couteau, l'un à la tête, le second au côté gauche. Tout ce que j'ai pu obtenir en fait de renseignements, c'est que l'agresseur était un Arabe, et l'instrument dont il s'est servi, un de ces longs couteaux à lame solide, assez étroite, et toujours bien effilée, que les indigènes portent constamment à la ceinture, enfermés dans une gaîne de cuir. Le couteau ne m'a pas été apporté pour en faire l'examen, je n'ai donc pu constater jusqu'à quel point la lame était tachée de sang, mais à en juger par la gaîne qui la renfermait, la lame devait mesurer 40 à 45 centimètres de longueur, sur une largeur de 2 centimètres, largeur qui reste la même presque depuis la pointe jusqu'au manche.

Le malade a-t-il pu marcher après sa blessure ? Le point n'a pu être nettement précisé, mais il résulte de ses indications qu'il serait tombé sur le coup et n'aurait pu se relever. Il est même probable que le coup a été porté, le blessé étant déjà par terre et couché sur le côté droit.

Le 9 au soir, je trouve *ben Kaddour* étendu dans son lit, poussant des gémissements continuels, et sans signes d'oppression marquée. La figure est calme, le pouls lent et plein, pas de fièvre.

Sur le pariétal droit, au niveau de la bosse pariétale, je constate une plaie linéaire de 5 à 6 centimètres de longueur, à bords légèrement écartés et agglutinés par du sang. Après nettoyage, le cuir chevelu étant seul intéressé, le péricrâne et l'os sous-jacent ne présentant pas de lésion apparente, je fais raser le pourtour de la plaie, et j'en rapproche les bords par des bandelettes de sparadrap. Rien d'intéressant de ce côté.

Malgré un pansement provisoire, une certaine quantité de sang mélangé de sérosité s'est échappé de la seconde plaie. Celle-ci se

trouve du côté gauche du tronc, entre la 10[e] et la 9[e] côte gauche, en comptant de bas en haut, et à 2 doigts en avant de la verticale descendant du creux axillaire. Sa longueur est de 2 centimètres, sa direction à peu près transversale, avec une obliquité légère en bas et en avant. Ses bords sont écartés, nets ; un peu de sérosité sanguinolente s'en écoule, mais cet écoulement ne paraît que fort légèrement influencé par les mouvements respiratoires. Entre les lèvres de la plaie fait saillie une petite masse charnue pâle, rosée, graisseuse, qu'il est aisé de reconnaître pour de l'épiploon. La pénétration de l'abdomen était ainsi démontrée.

Avec le doigt je repousse légèrement l'épiploom dans le canal de la plaie, sans chercher à pénétrer dans l'abdomen ; je constate que les côtes n'ont pas été intéressées, et je recouvre la solution de continuité d'un pansement occlusif et compressif à la fois.

La percussion et l'auscultation montrent que la respiraiion s'exécute normalement du côté gauche, et malgré la situation de la plaie, ces signes me font conclure à l'intégrité du poumon et de la plèvre gauche.

La rate a-t-elle été blessée ? L'abondance de l'écoulement sanguin primitif et la position de la blessure permettent de le soupçonner. L'abdomen est un peu gonflé, la pression de ses parois légèrement douloureuse, mais il n'y a ni au pourtour de la plaie, ni dans les flancs, de matité accusant un épanchement liquide.

D'un autre côté manquent les signes ordinaires d'une hémorrhagie interne; l'épanchement de sang, s'il existe, n'est donc pas très-considérable.

L'intestin a-t-il été ouvert? L'absence de tout écoulement de matière intestinale ou stomacale par la plaie ne permettent pas de l'affirmer. Puis l'état du ventre, l'absence de nausées et de vomissements, éloigne l'idée de péritonite traumatique.

Je posai donc le diagnostic de plaie pénétrante de l'abdomen avec issue de l'épiploon et lésion probable de la rate, et prescrivis en conséquence le repos absolu, la morphine à haute dose, et des onctions sur le ventre avec l'onguent napolitain.

10 *juin.* — La nuit a été mauvaise, et les gémissements continuels, mais il n'y a eu ni nausées, ni vomissements, et le malade n'a cessé de réclamer à manger. Pas de fièvre. Le pouls est plein, plutôt lent, la température normale. Dans la nuit, le malade a défait son pansement. Par la plaie du côté, l'épiploon est sorti en assez grande quantité, mais je constate que ni sang pur, ni matières stomacales ou intestinales ne sont issues au dehors. Sonorité normale du côté gauche du thorax; murmure vésiculaire sans râles ni bruit de frottement. Le ventre est plus ballonné, mais toujours peu sensible, la percussion ne semble pas douloureuse et ne décèle aucune matité dans les flancs. Pas de selles depuis l'entrée. L'urine s'écoule involontairement, mais la vessie n'est pas distendue, et le blessé refuse de se laisser sonder. Après avoir replissé l'épiploon hernié et constaté son intégrité, je le lave à l'eau phéniquée, puis plaçant une ligature sur le pédicule au niveau de la plaie, j'excise toute la partie qui a subi le contact de l'air. Pas

une goutte de sang ne s'échappe par la section. Repoussant doucement le viscère dans le canal de la plaie, en ayant soin de laisser pendre au dehors les chefs de la ligature, je réunis par un point de suture les lèvres de la solution de continuité pour m'opposer à un prolapsus ultérieur.

Un pansement occlusif au diachylon, un large gâteau de charpie imbibé d'alcool phéniqué, une feuille d'ouate et un bandage de corps pour maintenir le tout, complètent le pansement.

Rien n'attirant mon attention du côté de la plèvre et du poumon droit, je néglige à tort d'en pratiquer l'examen.

Pour la première fois, l'interprète arabe me dit que le blessé se plaint de souffrir beaucoup de ses jambes. Je mets à découvert les membres inférieurs, et n'y constatant ni plaies, ni contusions, je n'insiste pas. Même traitement, opium à haute dose, repos absolu et diète malgré les réclamations incessantes du patient.

La journée se passe assez bien, le blessé sommeille et gémit moins, la respiration ne semble pas gênée, il n'y a pas de fièvre.

11 *juin.* — La nuit a été mauvaise, les gémissements continuels, ni hoquets, ni vomissements. Le ventre est de plus en plus ballonné, mais toujours peu douloureux à la pression. La vessie distendue est vidée par le cathétérisme. J'en tire près de 2 litres d'urine claire, légèrement teintée en brun, mais nullement odorante. L'oppression devenant plus grande, j'examine de nouveau le côté gauche de la poitrine et je constate que la respiration se fait bien, mais je néglige de nouveau également de m'assurer de l'état de la fonction du côté droit.

Un nouveau symptôme attire mon attention, c'est la paralysie des membres inférieurs. Les membres sont inertes et n'obéissent plus à la volonté. Depuis quand a débuté la paraplégie? Il m'est impossible de l'apprendre exactement, mais le blessé affirme qu'il n'a pu remuer les jambes depuis l'accident. Tout au contraire, il me semble que j'ai constaté quelques mouvements la veille et le jour de son entrée à l'hôpital. De violentes douleurs se font sentir dans ces membres. La sensibilité est complétement éteinte dans les pieds, les jambes et la partie inférieure des cuisses. On peut traverser la peau avec une épingle sans que le blessé éprouve la moindre douleur, et ces piqûres comme des excitations plus vives, ne déterminent aucun mouvement réflexe. A la partie supérieure des cuisses, la sensibilité reparaît et se retrouve normale au ventre et au bassin. Évidemment il y avait lésion de la moelle à sa partie inférieure, à hauteur de la 11e ou 10e vertèbre dorsale, d'après la limite de l'anesthésie. L'instrument avait-il donc pénétré jusqu'au rachis et traversé ou atteint le canal médullaire? Impossible d'en douter, et plus encore, la section de la moelle, à s'en rapporter à l'égale distribution de la paralysie dans les deux côtés du corps, devait être à peu près, sinon tout à fait complète.

Dans la journée les symptômes s'aggravèrent; avec le ballonnement du ventre augmenta la dyspnée, le soir la température s'éleva à 38°,2, et dans la nuit le malade succomba.

Un fait à signaler. Le matin j'avais laissé le blessé les membres

inférieurs étendus et rapprochés. A 5 heures du soir, je les trouvai demi-fléchis, les genoux écartés et les cuisses dans l'abduction et la rotation en dehors. Le malade avait-il spontanément exécuté ce mouvement? Voisins de salle et infirmiers se sont également défendus de l'avoir imprimé.

Autopsie. — Le 12 juin, huit heures après la mort. (La température élevée de la localité oblige à pratiquer rapidement les nécropsies, la putréfaction étant déjà presque complète au bout de vingt-quatre heures.) Rigidité cadavérique.

La plaie de tête n'intéresse que le cuir chevelu; le péricrâne et les os sous-jacents sont intacts.

La plaie du côté commençait à suppurer sous le pansement occlusif. Malgré le point de suture, ses lèvres sont légèrement écartées, le pédicule de la hernie épiploïque est resté engagé dans le canal de la plaie, maintenu par le fil de la ligature. L'épiploon est gonflé, enflammé, à peine suppurant, sans adhérences avec les parois de la solution de continuité.

Abdomen énormément ballonné, sonorité tympanique dans toute son étendue. Les parois incisées, les anses du gros intestin fortement distendues se précipitent au dehors. Leur surface est baignée par une petite quantité de liquide louche, rougeâtre, poisseux, collant aux doigts, un peu plus abondant entre les anses et vers les flancs. Au reste, pas d'adhérences à la paroi, pas de fausses membranes, sauf au niveau de l'angle du côlon transverse avec le côlon descendant.

Le rectum, plein de matières fécales dures, est coupé entre deux ligatures, et je détache en remontant l'S iliaque et le côlon descendant jusqu'à hauteur de ses adhérences.

Le côlon transverse est légèrement attiré en haut et à gauche par le grand épiploon, dont la partie inférieure gauche s'est relevée pour venir faire hernie dans la plaie.

Ainsi que je l'ai dit, l'épiploon n'a pas contracté d'adhérences intimes avec la paroi abdominale, pas plus qu'avec le canal de la plaie. Il ne présente pas de traces d'une vive inflammation, mais à sa surface on rencontre également le liquide poisseux et rougeâtre dont j'ai signalé la présence sur les anses intestinales.

Une légère traction suffit pour ramener l'épiploon à l'intérieur de l'abdomen. On voit alors qu'il s'est glissé entre la face externe de la rate et la séreuse pariétale pour arriver à la plaie et au dehors.

Soulevant l'épiploon et dégageant les côlons transverses et descendants, je constate, à la face interne de la rate, à la face antérieure de l'épiploon gastro-splénique, et sur la paroi postérieure du gros intestin, une certaine quantité de liquide roussâtre comme un mélange de pus et de sang. Il y avait donc en ce point une péritonite localisée. Entre les feuillets de l'épiploon gastro-splénique, une infiltration sanguine légère qui ne se propage pas au loin.

J'enlève alors tout l'intestin grêle, le cœcum, le côlon ascendant et le côlon transverse, et je m'assure que l'intestin n'a pas été blessé, qu'il n'y a pas d'épanchement de matières alimentaires dans l'abdomen.

Je trouve la vessie distendue par un bon litre d'urine, limpide et légèrement brunâtre. Pas d'épanchement dans le petit bassin. Les reins, le foie, le pancréas, le duodénum, l'estomac, ne présentent aucune lésion. Ce n'est pas de ce côté que s'est porté l'instrument.

Le diaphragme est considérablement remonté des deux côtés. L'aorte, la veine cave inférieure, pas plus que les autres vaisseaux de l'abdomen, n'ont été atteints. Il devient évident que la lame du couteau a dû se diriger presque transversalement de gauche à droite vers la colonne vertébrale.

Soulevant légèrement le bord antérieur de la rate, qui présente des dimensions à peu près normales, je constate à l'extrémité supérieure du viscère, 2 doigts au-dessous de sa pointe, à l'union du bord antérieur et de la face externe, une plaie linéaire de 2 centimètres environ d'étendue. L'organe remis en place, cette ouverture correspond exactement à la plaie de la paroi qui intéresse à ce niveau les insertions costales du diaphragme.

Le doigt y pénètre facilement et se dirige en arrière et en dedans. C'est en effet près du bord postérieur de la rate que se trouve l'ouverture de sortie. Autour du trajet de la plaie, dont les parois sont accolees, le tissu splénique est plus noir et d'une grande dureté, et cette induration s'étend jusqu'à 1 ou 2 doigts de distance. On dirait, pour la consistance et l'aspect un poumon hépatisé. L'examen ne montre toutefois aucune trace de suppuration.

Traversant de nouveau le diaphragme, l'instrument a perforé la plèvre gauche. Un peu de sang s'est épanché dans la séreuse, mais le poumon ne s'est que peu rétracté, et ses adhérences minces, récentes, faciles à déchirer, maintiennent son lobe inférieur en contact avec la plèvre pariétale. Le poumon ne présente au reste aucune trace de blessures, le couteau ne l'a pas atteint.

La plèvre nettoyée, nous apercevons de suite sous le côté gauche du rachis, une plaie linéaire de 1 centimètre au moins de longueur, placée en avant des articulations costales, et coupant le pilier gauche du diaphragme.

Sur le côté droit du rachis, au point presque transversalement opposé, se trouve également une plaie linéaire, un peu plus petite, intéressant le pilier droit du diaphragme à sa partie supérieure.

Ni l'aorte, ni la vessie cave inférieure n'ont été atteintes, la lame ayant passé contre le bord droit de cette dernière, pour pénétrer dans la plèvre droite. Celle-ci est le siége d'un épanchement sanguin considerable, qu'on ne peut évaluer à moins d'un litre. Le poumon refoulé et revenu sur lui-même n'a pas contracté d'adhérences avec la plèvre pariétale, et l'examen le plus soigneux ne nous fait constater aucune lésion de son lobe inférieur.

Pour examiner plus aisément le trajet de la plaie rachidienne, j'enlève tout le segment de la colonne vertébrale avec les côtes correspondantes. Celles-ci sont intactes de l'un et de l'autre côté, le contenu a passé un peu en avant de leur articulation rachidienne. Par deux sections obliques avec la scie, j'enlève toute la partie antérieure des

corps vertébraux, et mets à nu la face antérieure des méninges et de la masse.

Il devient alors facile de voir le trajet de l'instrument. Pénétrant dans le rachis, au niveau du trou de conjugaison, la lame obliquement dirigée de bas en haut et d'arrière en avant, a divisé le disque cartilagineux qui sépare la 12e de la 11e vertèbre dorsale, et intéressé le corps de cette dernière vertèbre. La section est nette dans l'os comme dans le fibro-cartilage et sans aucun travail de réparation. Dans le canal rachidien, un peu de sang est épanché autour des méninges, mais sans atteindre en haut la 10e vertèbre dorsale, sans descendre en bas au-dessous de la 12e.

La moelle et ses enveloppes sont divisées un peu obliquement en bas et en avant, par une section nette. Toute l'épaisseur de la moelle est intéressée, à peine reste-t-il en arrière, tout contre les méninges, une mince bandelette de tissu nerveux qui ait été respectée. Ce tissu, du reste, ne paraît pas sensiblement altéré à la surface de la plaie. Pas de diffluence, pas de ramollissement, à peine une teinte légèrement rosée, et une légère infiltration sanguine de la pie-mère rachidienne. La moelle enlevée avec précaution sera soumise plus tard à l'examen microscopique. Les méninges n'ont pas été intéressées à la partie postérieure.

La section de la moelle est placée à un bon centimètre au-dessus de l'origine de la queue de cheval, origine qu'il est au reste assez difficile de préciser avec exactitude.

Le cœur est sain, le ventricule gauche, revenu sur lui-même, ne contient pas de sang. Dans le ventricule droit des caillots mous, noirs, et des caillots fibrineux.

De ces lésions multiples, je n'avais reconnu pendant la vie que la pénétration de l'abdomen et la section de la moelle épinière. J'avais bien soupçonné la blessure de la rate, mais la pénétration des deux plèvres m'avait complétement échappé. L'impossibilité d'interroger directement le patient rend l'examen toujours plus difficile, mais c'est précisément dans ces conditions qu'il faut interroger successivement tous les organes, porter partout ses investigations, et j'ai eu le tort de ne pas obéir à cette règle. Mon attention est restée concentrée sur les symptômes abdominaux et toute ma thérapeutique a été dirigée contre la péritonite traumatique. Un diagnostic plus complet ne m'eût sans doute pas permis de sauver mon blessé, mais il m'eût fait découvrir des indications qui m'ont complétement échappé.

M. le Secrétaire général, au nom de M. Poinsot, de Bordeaux, membre correspondant, donne lecture de deux observations; la première est intitulé : *Fracture sous-trochantérienne du fémur par cause indirecte(chute) chez un enfant de dix ans. Retard de la consolidation par ramollissement du col. Scorbut local. Immobilisation prolongée. Guérison.*

La seconde est intitulée : *Sarcome généralisé après une première opération datant de 2 ans 1/2.*

Fracture sous-trochantérienne du fémur par cause indirecte (chute) chez un enfant de 10 ans. — Retard de la consolidation par ramollissement du col. — Scorbut local. — Immobilisation prolongée. — Guérison.

Le 9 octobre 1874, Abel B...., âgé de 10 ans, né d'un père rhumatisant et d'une mère diabétique, s'amusait dans l'atelier de boulangerie que possède son père, à simuler une boiterie, quand tout à coup, il tomba sur le côté droit, en poussant un grand cri. Les assistants, croyant d'abord à la continuation d'une plaisanterie, ne prêtèrent aucune attention aux plaintes de l'enfant, mais en présence de ses pleurs, de l'impossibilité absolue où il était de se relever, force leur fut d'admettre la réalité d'un accident.

Appelé aussitôt, je reconnus facilement une fracture du fémur droit siégeant au-dessous du grand trochanter; le membre offrait une déformation angulaire à sommet dirigé en dehors et en avant, mais les fragments ne s'étaient point absolument abandonnés, et il me fut aisé de produire une crépitation manifeste. La réduction s'obtint sans grands efforts, et j'appliquai immédiatement un appareil de Scultet. Cet appareil ne devait toutefois être que provisoire, car j'eusse craint, en le laissant en place, de voir la pression de l'attelle interne augmenter encore le déplacement en dehors, et, outre cet inconvénient, il me paraissait certain que la contention ne serait pas suffisamment efficace pour s'opposer à la mobilité des fragments. Aussi, le 15 octobre, je remplaçait l'appareil de Scultet par un appareil modelé en toile métallique, réalisant ce que l'on peut appeler le type de l'appareil amovo-inamovible. Cet appareil, employé également dans nos hôpitaux, pour le traitement de la coxalgie après le redressement, consiste en une sorte de pantalon embrassant les hanches et les deux deux membres inférieurs, le membre blessé dans toute sa longueur et le membre sain jusqu'au genou, et ouvert en avant pour recevoir le sujet : cette partie antérieure est complétée par un système d'attelles qu'il suffit d'enlever pour inspecter les parties. Le tout est maintenu par des courroies munies de boucles.

Avant son application, l'appareil fut soigneusement garni de ouate, les points destinés à se trouver en contact avec le talon et les épines iliaques antérieures furent spécialement matelassés. Les courroies furent modérément serrés; l'épaisseur de la couche protectrice de ouate était d'ailleurs telle que, même avec une constraction plus forte, la pression n'eût pu être qu'élastique et sans danger.

Dans les premiers jours, l'enfant avait assez gaiement pris son parti de sa situation nouvelle; avec l'indocilité habituelle de son caractère, il s'agitait dans son lit et prenait un malin plaisir à faire glisser l'appareil et à dégager la partie supérieure du membre blessé, ce à quoi il n'arrivait que trop facilement. Mais, lorsqu'il se vit saisi complétement, emprisonné dans cet appareil à mailles de fer, qui le contraignait au repos et empêchait tout mouvement de la cuisse fracturée, son moral s'affecta singulièrement. Ce fut d'abord comme une rage qui obligea à le surveiller attentivement, de peur qu'il ne défît son appareil; puis, quand après quelque temps il comprit son impuissance

à se nuire, il s'abandonna à une tristesse profonde. A chaque instant de la journée, et sans motif appréciable, ses pleurs se mettaient à couler ; l'appétit diminua sensiblement ; les nuits mêmes demeurèrent sans repos. En vain j'examinai la cuisse soigneusement et à des intervalles rapprochés, de crainte que tous ces troubles n'eussent pour cause quelque lésion cachée par l'appareil ; en vain j'interrogeai l'enfant pour qu'il voulût bien m'indiquer le point de départ de ses souffrances. Je n'obtenais aucune réponse et ne découvrais rien.

Malgré ce contre-temps fâcheux, les choses marchèrent assez simplement au début. Au bout du premier mois, la consolidation était nettement commencée ; la mobilité anormale ne se constatait qu'à un faible degré. Je pouvais sentir à travers les muscles amaigris la tumeur formée par le cal. Le membre était dans une rectitude parfaite, la peau sèche, écailleuse ; mais le pied était amaigri et sans trace d'œdème.

Vers la fin de novembre, je découvris, du côté droit, au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, une phlyctène contenant du sang noirâtre ; l'enfant appela aussi mon attention sur son talon dont l'épiderme était soulevé par une sorte de collection sanguine. Surpris de cet accident, que, malgré les précautions extrêmes que j'avais prises, j'attribuai à la pression, je plaçai sur les points de l'appareil répondant aux phlyctènes une épaisse couche de ouate et j'eus grand soin de serrer très-faiblement les courroies. Cependant les phlyctènes s'ouvrirent et laissèrent une plaie étendue qui découvrit les os, mais sans les dénuder. En même temps apparurent sur différents points du membre, qui n'étaient soumis à aucune pression spéciale, par exemple sur la face externe de la jambe, à la partie antérieure de la cuisse, des phlyctènes semblables, qui laissèrent après elles des plaies fongueuses, à bords décollés. Toute trace de consolidation avait disparu : la mobilité des fragments existait de nouveau et je ne trouvais plus traces de cal. Enfin, la jambe et le pied étaient fortement œdématiés. Le membre sain présentait son aspect normal.

La santé générale était satisfaisante : l'enfant, moins irritable, commençait à prendre quelque nourriture ; le sommeil était en partie revenu.

Je mis le petit malade au quinquina et à un régime tonique, et me contentai de surveiller exactement le membre.

Les phénomènes locaux augmentèrent d'intensité pendant quelque temps : les plaies s'agrandirent, au point que l'apophyse postérieure du calcanéum et l'épine iliaque firent saillie à travers les parties molles. Les fragments étaient aussi malades qu'au premier moment, et, en tentant de soulever le membre, il me fut possible de sentir la crépitation.

Cet état de choses persista jusqu'en février 1875. A cette époque, l'enfant que j'avais soumis au phosphate de chaux, avait repris l'embonpoint et le coloris du visage qu'il avait avant l'accident. De nouvelles phlyctènes cessèrent de se produire, et les plaies déjà existantes offrirent les traces d'un bourgeonnement de bonne nature. La tumeur du cal se ferma et le membre reprit sa solidité.

En avril, la consolidation était complète, et le petit malade commençait à marcher avec des béquilles. Le raccourcissement était alors d'*un centimètre*. Les plaies du talon et de la hanche avaient laissé des cicatrices profondes, adhérentes à l'os. L'œdème du membre avait diminué lentement.

L'enfant marchait en juin, sans aucun secours.

Aujourd'hui la boiterie est nulle; la seule précaution que l'on ait dû prendre est de faire garnir la bottine de l'enfant, au niveau du talon, pour ménager la cicatrice.

Réflexions. — La discussion qui vient d'avoir lieu devant la Société sur les pseudarthroses de l'enfance m'a engagé à joindre ce fait au contingent d'observations fourni par nos collègues. Il peut, en effet, servir à montrer ce qu'on peut attendre de l'immobilisation prolongée, alors même qu'un certain nombre de mois se sont écoulés sans amener la consolidation de l'os fracturé.

La cause du retard de la consolidation est ici curieuse à noter. Les notes cliniques qui précèdent établissent clairement qu'il consiste en une sorte de ramollissement du cal déjà formé et s'accompagne de ces phénomènes locaux que J. Cloquet a réunis sous le nom de *scorbut local*.

On est habitué, d'après les classiques, à attribuer cet état morbide spécial à l'abus des humectants, à la pression exagérée, ou à l'application trop prolongée de l'appareil, et surtout d'un appareil inamovible. Le chirurgien se trouve ainsi incriminé pour une part. Dans le cas actuel, je puis dire qu'aucune des causes généralement admises n'a pu exercer son action. Aucun arrosage du membre n'a été prescrit ni pratiqué; le membre a été visité avec soin en moyenne tous les huit jours; l'appareil, par cela même qu'il est à mailles et seulement garni de ouate, permettant la filtration de l'air, n'enfermait pas le membre d'une manière aussi complète, aussi absolue que les appareils inamovibles en plâtre ou en silicate. Mais l'enfant, arraché à sa vie turbulente, tomba dans un extrême abattement; sa nutrition générale en souffrit, et ce fut naturellement sur le membre blessé, déjà prédisposé par l'action traumatique, que se marquèrent surtout ces troubles nutritifs. Ce fait n'est pas sans précédent dans l'histoire des fractures. Marignes, Thierry ont publié chacun deux observations prouvant l'influence exercée sur la formation du cal par les émotions morales, observations que le grand critique Malgaigne a acceptées comme suffisamment démonstratives. Un fait analogue se trouve dans la thèse soutenue en 1858 par un élève de Montpellier, M. Aubin.

La donnée étiologique que j'accepte me paraît trouver sa confirmation dans la suite de l'observation.

Dès que le petit malade fut revenu de sa tristesse, les accidents

s'amendèrent, bien que les mêmes conditions d'appareil persistassent, et la guérison put être obtenue.

Sarcome généralisé après une première opération datant de 2 ans 1/2.

L'avenir des opérations pratiquées pour l'ablation des tumeurs malignes est une des questions les plus dignes d'attirer l'attention des chirurgiens. Ne pouvant être tranchée qu'à l'aide de chiffres, elle exige, pour recevoir quelque jour, une solution définitive, la publication exacte des faits qui viennent à la connaissance de chacun. C'est là le motif qui me détermine à porter devant la Société l'observation suivante, dont la première partie a déjà été publiée dans les *Bulletins* pour 1877 (p. 208).

Il s'agit d'un homme de 53 ans, que j'amputai de la cuisse droite, en janvier 1876, pour un sarcome alvéolaire ayant débuté dans le péroné. Après l'opération, la santé générale un peu altérée se rétablit, et le malade put reprendre une vie active.

Au mois de juin dernier, B.... vint me demander conseil pour une oppression qui le fatiguait beaucoup; il avait eu de petits crachements de sang; les forces diminuaient; l'appétit était presque nul; le facies était amaigri, et la peau offrait une coloration jaunâtre. L'auscultation et la percussion de la poitrine, pratiquées avec soin, me permirent seulement de constater, du côté du cœur, une grande irrégularité des battements. En l'absence de tout signe morbide du côté des poumons, je crus à une de ces affections cardiaques qui s'observent si fréquemment chez les amputés, et je prescrivis simplement le vin de Trousseau et quelques laxatifs légers.

Sous l'influence de ce traitement, l'état de B.... parut s'amender et je le perdis de vue jusqu'au 10 août. Il vint alors me montrer une tumeur siégeant à la partie postérieure du mollet gauche et qu'il portait depuis plusieurs mois. Cette tumeur avait environ le volume d'une petite pomme ; la peau glissait facilement à sa surface, mais la tumeur suivait manifestement les mouvements du muscle soléaire.

En présence des accidents généraux déjà existants, j'hésitai à tenter une nouvelle opération, et, comme B... insistait vivement pour être débarrassé de sa tumeur, je l'engageai à voir plusieurs de mes collègues des hôpitaux. L'avis unanime fut pour une intervention immédiate.

L'opération fut faite le 28 août, avec l'aide de M. Gregory, premier interne de l'Hôpital des Enfants.

L'insensibilité de la région fut obtenue par l'éthérisation locale.

L'isolement de la tumeur facile du côté de la peau, offrit quelques difficultés à la partie profonde où le tissu morbide se confondait avec celui du muscle. La plaie, après un nettoyage minutieux avec une solution phéniquée (20/1000) fut réunie par un double plan de suture avec catgut très-fin.

La tumeur, examinée par M. Chambord, interne des hôpitaux et répétiteur au Collége de France, présente les caractères du myxo-sarcome.

La réunion se fit sans suppuration, par première intention. Au 5e jour, les sutures tombaient d'elles-mêmes.

A partir de ce moment, les accidents généraux reparurent avec une nouvelle intensité. L'oppression devint continue et s'exagéra au point de ne permettre aucun exercice ; l'inappétence demeura absolue ; les crachements de sang augmentèrent de fréquence, la peau prit la coloration jaune paille particulière aux cancéreux. En même temps le malade appelait mon attention sur une petite tumeur siégeant au niveau de la bosse frontale gauche et qui, en quelques jours, avait atteint le volume d'une grosse fève.

La mort eut lieu dans une sorte d'état typhoïde le 19 septembre. Malgré l'absence d'autopsie, je ne crois pas que la généralisation puisse être mise en doute.

La marche rapide suivie par les accidents à partir du moment où se produisit mon intervention, me paraît fournir un argument nouveau à l'appui de cette opinion émise par M. le professeur Verneuil devant l'Association pour l'avancement des sciences, que « dans certains cas, l'opération semble exercer sur les foyers secondaires une action excitatrice qui leur imprime une activité poliférative extrême. » Je dois faire remarquer aussi que, comme dans plusieurs des faits cités par l'éminent chirurgien, la percussion et l'auscultation des poumons ne m'ont fourni que des résultats négatifs.

Discussion.

M. Verneuil. J'ai écouté avec intérêt l'observation qui a été adressée par notre collègue M. Poinsot, car elle vient confirmer une opinion que j'ai déjà eu l'occasion d'exposer. Je veux parler de la marche des néoplasmes viscéraux sous l'influence d'un traumatisme chirurgical.

J'ai recueilli, dans ma pratique, 12 observations de sujets atteints de néoplasmes que j'ai cru pouvoir opérer et chez lesquels existaient, dans les viscères, des masses de même nature qui ont entraîné la mort dans plusieurs cas. Six individus ont été pris d'un état d'adynamie qui les a enlevés dans des conditions toutes différentes de celles que présentent les complications ordinaires.

Il faut bien faire ressortir de ces observations le mouvement excitatif que les opérations développent dans la marche des néoplasmes des viscères. Un noyau latent, qui aurait pu rester sans manifestation pendant de longues années, subit, sous l'influence d'une opération, une extension qui peut entraîner la mort.

Il est nécessaire de publier ces observations qui mettront en évidence cette particularité dont les livres classiques ne parlent même pas.

Dans le cas de M. Poinsot, il y avait quelques signes pouvant faire soupçonner la généralisation du néoplasme, et il aurait été préférable de ne pas opérer.

Les réflexions que je viens de faire en thèse générale, s'appliquent parfaitement à certaines opérations que l'on cherche à préconiser contre les cancers des viscères, par exemple la gastrostomie. Ces brillantes opérations ne doivent pas être tentées lorsque l'accident pour lequel on veut intervenir est occasionné par un cancer, car l'opération peut suffire pour activer la marche du néoplasme.

Communication orale.

Calculs de la vessie chez la femme, ayant pour point de départ l'introduction d'épingles à cheveux.

M. Pamard, d'Avignon. J'ai eu l'occasion de rencontrer quatre fois des calculs vésicaux chez la femme ; ces calculs avaient tous pour origine l'introduction d'une épingle à cheveux.

Pour extraire ces calculs, j'ai eu recours à la taille latéralisée et je désire appeler l'attention sur le résultat heureux de ces opérations, puisqu'il n'y a pas eu d'incontinence d'urine.

La première de mes opérées s'est mariée et je sais qu'il n'y a pas d'incontinence ; la seconde est une fille entretenue de Marseille, qui ne doit pas avoir eu d'incontinence pour pouvoir exercer cette profession.

Ces deux opérations n'ont rien présenté de particulier ; j'ai pu, après avoir brisé le calcul, faire basculer l'épingle et l'extraire facilement. Les deux autres sont plus intéressantes. Dans l'une, il s'agissait d'une jeune fille de 19 ans qui s'était servie d'une épingle d'une très-grande flexibilité.

En introduisant mon doigt dans le vagin pour me faciliter le mouvement de bascule, je sentis qu'une des pointes de l'épingle avait perforé la cloison vésico-vaginale ; je pus, avec une pince, saisir la pointe, et la traction que je fis pour attirer l'épingle, suffit pour briser le calcul. Pénétrant alors dans la vessie par le canal

de l'urèthre, je pus extraire un volumineux calcul dont vous pouvez juger par les fragments contenus dans cette boîte.

La quatrième observation a présenté quelques particularités curieuses.

Il s'agissait d'une jeune fille de 19 ans, d'une famille très-honorable.

L'introduction de l'épingle remontait à 4 ans ; son médecin avait déjà fait plusieurs tentatives d'extraction lorsque je fus appelé.

En introduisant mon doigt dans le vagin, je reconnus que la cloison vésico-vaginale était perforée et qu'une partie du calcul, ainsi que les deux pointes de l'épingle, se trouvaient dans le vagin. Il est probable que le calcul s'était logé dans une poche surnuméraire et que la perforation s'était produite sous l'influence de l'inflammation produite par la pression du calcul et par la présence de l'urine dans cette poche.

Si j'avais pu me douter de cette disposition, je me serais muni d'instruments nécessaires pour pratiquer la suture, immédiatement après l'enlèvement du calcul, mais il ne m'avait pas été donné de pouvoir examiner la malade. Je fus donc obligé de remettre cette opération à une autre époque.

Je la pratiquai, en effet, deux mois plus tard ; mais, malgré toutes les précautions que je pris, le résultat fut nul, je n'obtins pas de réunion. Je crois pouvoir rapporter cet insuccès à une déplorable habitude de la malade, qui ne craignait pas de se livrer à la masturbation avec la sonde que j'avais placée.

Ce qui me permet d'expliquer ainsi ce mauvais résultat, c'est ce qui se passa à la seconde opération que je pratiquai un an après. La malade fut prise, après l'opération, de douleurs dans le ventre, et il y eut une menace de péritonite qui dura trois jours. Pendant ces trois jours la jeune fille fut dans l'impossibilité de se livrer à la masturbation ; le quatrième jour, les souffrances ayant disparu, elle reprit sa déplorable habitude, et les urines commencèrent à couler par le vagin.

Une petite fistulette persiste encore et j'espère pouvoir la guérir avec des cautérisations.

Communication.

De la trachéotomie par le thermo-cautère.

M. Berger. A plusieurs reprises déjà, la Société de chirurgie s'est préoccupée de l'application de l'agent thermique, galvanocautère ou thermo-cautère, à la pratique de la trachéotomie. Dans les discussions qui se sont élevées à cet égard, la principale ob-

jection mise en avant par les adversaires du procédé opératoire en question, était l'étendue des eschares et des destructions locales qui avaient succédé dans certains cas à l'emploi du platine incandescent. On aurait pu répondre, peut-être, que les eschares que l'on observait après l'application du calorique ne devraient pas lui être exclusivement imputées : que souvent, chez les enfants atteint de croup et trachéotomisés avec le bistouri par les procédés anciens, le processus diphthéritique avait entraîné la production de pertes de substances, de véritables ulcérations très-étendues, identiques ou du moins analogues à celles que l'on remarque parfois lorsque l'on a divisé les parties molles du cou avec le thermo-cautère (comme dans le fait de M. Paulet). Des observations que j'ai sous la main en font foi.

Mais une réfutation meilleure se tire des faits eux-mêmes dans lesquels l'emploi de l'agent thermique n'a été suivi d'aucune eschare, d'aucune destruction étendue. Sans passer en revue tous les faits tirés de la pratique de M. Verneuil, de M. Krishaber et d'autres chirurgiens, je rappellerai que j'eus l'occasion de présenter à la Société, l'année dernière, une femme adulte sur laquelle j'avais pratiqué la trachéotomie pour un œdème de la glotte consécutif à une nécrose du larynx. Les parties molles du cou, jusqu'à la trachée, avaient été incisées au thermo-cautère sans écoulement de sang notable, la trachée seule avait été ouverte au bistouri. Il n'y eut ni sur la plaie, ni aux environs, aucune trace d'eschare ; la malade a guéri avec une cicatrice linéaire, et n'a, malgré le temps assez long où il fut nécessaire de maintenir la canule, aucune espèce de rétrécissement de la trachée : j'ai pu m'en assurer encore par un examen récent.

Je mets aujourd'hui sous les yeux de la Société une pièce anatomique qui me semble démontrer encore l'innocuité de l'action locale du thermo-cautère dans cette opération.

Vendredi dernier, j'étais appelé par mon collègue M. Dieulafoy, pour pratiquer la trachéotomie sur une femme de la salle Sainte-Madeleine, albuminurique avancée, qui menaçait d'être emportée par des accès de suffocation résultant d'un œdème de la glotte.

Je trouvai une femme atteinte d'une orthopnée extrême, déjà fort anesthésiée et refroidie ; le cou volumineux et court, se gonflant à chaque expiration ; on sentait au doigt que l'isthme de la glande thyroïde formait un véritable goître médian qui recouvrait les anneaux supérieurs de la trachée. Je pratiquai ainsi l'opération.

La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose furent largement incisés au thermo-cautère, depuis le cartilage cricoïde jusqu'à un centimètre de la fourchette sternale. Je fus très-gêné

dans ce temps par l'œdème du tissu cellulaire qui dérobait une quantité de chaleur considérable à mon couteau ; celui-ci dut être maintenu à une température relativement très-élevée (rouge cerise ou même rouge blanc).

L'aponévrose incisée, je vis distinctement les plexus thyroïdes et les deux jugulaires antérieures qui s'anastomosaient sur la ligne médiane ; je passai deux fils de catgut sous cette anastomose et je la sectionnai entre une double ligature. Au moment où je passais le fil, une veine se rouvrit et nous inonda d'un flot de sang aussitôt arrêté par la striction du fil. J'entrepris alors de diviser au thermo-cautère l'isthme du corps thyroïde, mais je dus bientôt y renoncer à cause du temps considérable qu'aurait réclamé ce temps de l'opération. Je dégageai le bord inférieur de l'isthme, je le relevai en l'attirant fortement en haut, je mis à nu avec le thermo-cautère toute la surface antérieure de la trachée dans une étendue de 4 centimètres ; à ce moment il n'y avait pas une goutte de sang sur la plaie ; la trachée se présentait avec les caractères anatomiques tels qu'on les retrouve à la dissection sur le cadavre. Je l'incisai largement au bistouri, j'introduisis le dilatateur puis la canule en quelques secondes. Toute l'opération n'avait pas duré dix minutes.

La malade ne parut néanmoins pas soulagée, elle succomba 3 ou 4 heures après l'opération au progrès de l'asphyxie. L'autopsie prouva qu'elle était due à l'existence d'un œdème pulmonaire des plus considérables; il y avait aussi un œdème glottique et sus-glottique énorme. Je passe les autres traits, fort intéressants à d'autres points de vue, de cet examen nécroscopique, pour arriver à l'examen de la plaie opératoire.

Sur cette pièce, qui a été conservée par le chloral, on peut se convaincre que non-seulement la plaie de la trachée faite au bistouri est absolument nette, mais que les lèvres de l'incision cutanée et sous-cutanée, faite au thermo-cautère, ne présentent qu'une eschare insignifiante, si l'on peut se servir de ce terme pour désigner cette zone, d'un tiers de millimètre à peine, qui borde la solution de continuité et qui présente une coloration grisâtre. Aux alentours pas traces de décollement de l'épiderme, de raccourcissement de la peau, ni même cette teinte livide de la peau qui indique une brûlure au premier degré. Sur l'isthme du corps thyroïde lui-même qui a été soumis le plus longtemps à l'action de la chaleur (les bords de l'incision cutanée étaient alors rétractés et protégés par des crochets) l'eschare est absolument linéaire.

Je me crois donc autorisé à dire que dans ce cas l'action du thermo-cautère n'avait pas produit d'eschare notable, qu'elle n'avait pas déterminé de perte de substance étendue ni de cicatrice difforme.

En effet, tout en faisant quelques réserves à cause de l'albuminurie dont la malade était atteinte, on peut admettre que l'action du calorique n'exerce jamais de destruction, à l'exception des points qu'elle a primitivement atteints et de ceux qui sont frappés dans leur vitalité par la mortification des parties voisines. Or, ici, l'action de l'agent thermique me paraît avoir été circonscrite jusqu'aux extrêmes limites de ce que l'on peut en attendre.

Considérant d'autre part l'extrême facilité avec laquelle s'est effectuée une opération qui se présentait sous un fâcheux abord, et qui semblait devoir se faire dans les conditions les plus défavorables, cou gros et court, œdème des parties molles et stase veineuse, corps thyroïde très-développé, je suis de plus en plus convaincu du grand avantage que l'on peut retirer de l'emploi du thermo-cautère dans la trachéotomie chez l'adulte, pourvu que l'on borne son usage à la section des parties molles jusqu'à la trachée exclusivement.

Discussion.

M. Desprès. Je regrette de ne pouvoir accepter ce que vient de dire M. Berger au sujet de la dimension de l'eschare, car, si notre collègue veut donner un coup de bistouri transversalement, il constatera une partie jaunâtre qui n'est autre chose qu'une eschare qui serait tombée vers le douzième jour. Il n'est pas douteux que l'élimination de cette eschare n'eût été suivie d'une longue suppuration qui aurait amené une cicatrice dure, résistante, qui sera toujours une raison pour repousser la trachéotomie avec le thermo-cautère.

M. Verneuil. Je prierai notre collègue, M. Berger, de vouloir bien modifier un peu ce qu'il a dit de l'opération de M. Paulet. — Il y a eu, en effet, un moment où il y eut une abondante suppuration, avec une destruction considérable qui effraya beaucoup M. Paulet et qui lui fit craindre un mauvais résultat. — Je puis dire au contraire que le résultat a été excellent, j'ai vu souvent l'enfant, et j'ai pu constater un état parfait.

M. Terrier. J'ai fait une seule fois la trachéotomie avec le thermo-cautère et, comme M. Berger, j'ai rencontré un plexus veineux considérable. Notre collègue a fait la suture des veines, moi j'ai voulu sectionner ce plexus avec le thermo-cautère, mais j'ai eu une telle inondation de sang que je me suis hâté de terminer l'opération avec le bistouri.

La section de ce plexus veineux est le temps difficile de la trachéotomie chez l'adulte, il faut donc savoir qu'on peut être obligé de quitter le thermo-cautère pour reprendre le bistouri.

M. Berger. Je remercie M. Verneuil du renseignement qu'il veut bien me donner, mais je me souvenais des craintes de M. Paulet, qui heureusement ne se sont pas réalisées.

Je répondrai à M. Desprès que je n'ai pas eu la prétention de soutenir qu'il n'y aurait pas eu de suppuration ni de perte de substance, mais je crois pouvoir affirmer d'après la pièce que ces phénomènes auraient été insignifiants et que, très-certainement, la cicatrice n'aurait pas été difforme.

Je crois que, si on veut sectionner le plexus veineux avec le thermo-cautère, ainsi que l'a tenté M. Terrier, on aura une hémorrhagie ; mais le thermo-cautère a le grand avantage de supprimer l'écoulement capillaire, et il permet de voir, avec une grande facilité, les veines que l'on veut lier. Avec le bistouri, l'écoulement, provenant des capillaires, rend ce temps de l'opération assez difficile.

M. Tillaux. J'ai fait deux fois la trachéotomie avec le thermo-cautère. La première a été faite sur un vieillard sans perdre une goutte de sang et j'avais été émerveillé du résultat, malgré un petit phlegmon du cou qui suivit l'opération.

La seconde fut moins heureuse, car, comme M. Terrier, je fus obligé de prendre le bistouri pour terminer rapidement l'opération, à cause d'une hémorrhagie abondante.

En présence de ces deux opérations si différentes, j'avoue que je suis très-perplexe, aussi je crois que le résultat dépend bien plus de la structure du malade que de l'instrument.

Si j'avais à faire une nouvelle trachéotomie, je crois que j'emploierais le bistouri.

M. Polaillon. J'ai fait, il y a peu de temps, une opération de trachéotomie avec le thermo-cautère, dans le service de M. Lasègue, chez un individu atteint d'œdème de la glotte. L'incision superficielle fut facile, mais elle s'accompagna d'un bouillonnement de graisse fondue assez intense. Lorsque je parvins sur le plexus veineux, je le sectionnai avec le thermo-cautère que je laissai longtemps appliqué et je terminai l'opération par la section de la trachée avec le bistouri.

Grâce à la précaution que je pris d'aller lentement et de laisser longtemps le cautère en contact avec le plexus veineux, j'ai pu éviter une hémorrhagie, mais les bords de la plaie furent profondément cautérisés et, si le malade avait survécu, j'aurais eu une assez grande perte de substance.

Si j'avais à refaire une trachéotomie, je me servirais du thermo-cautère avec la précaution de soulever souvent l'instrument et d'aller plus vite.

M. Sée. Je n'ai jamais employé le thermo-cautère pour pratiquer la trachéotomie, mais, dans les autres opérations où je me suis servi de cet instrument je n'ai jamais eu de bons résultats hémostatiques que lorsque j'ai eu à sectionner des petits vaisseaux. Aussi je serais disposé à me servir du thermo-cautère pour faire la trachéotomie chez les enfants ; mais, chez les adultes, dès que je rencontrerais de grosses veines, je ferais des ligatures et je continuerais avec le bistouri.

M. Verneuil. Mes collègues, qui viennent de prendre la parole, ont fait peu de trachéotomies avec le thermo-cautère, mais je puis affirmer que plus ils en feront, plus il reconnaîtront l'excellence de la méthode. Je citerai, à l'appui de cette affirmation, un de nos confrères, M. Krishaber, qui, après avoir été un des adversaires de la trachéotomie avec le thermo-cautère, en est devenu le partisan.

J'ai fait environ 10 trachéotomies avec les instruments incandescents et il ne me viendrait plus à l'esprit de me servir du bistouri; ma dernière opération, faite sur une jeune fille, n'a pas présenté une seule difficultée.

Il ne faut pas être exclusif et, si on se trouve en présence d'une difficulté dont ce procédé ne peut pas triompher, il faut savoir la tourner, c'est ce qu'à fait M. Berger, aussi a-t-il fait une excellente trachéotomie. Dans les trois quarts des trachéotomies, on fera des opérations exsangues, dans le dernier quart il faudra, par un artifice, éviter l'hémorrhagie. De plus, je voudrais faire remarquer que, si M. Berger avait employé le bistouri, il n'aurait pas pu davantage éviter la perte de sang.

M. Desprès. Depuis que l'on a préconisé le galvano-cautère ou le thermo-cautère pour pratiquer la trachéotomie, on a bien souvent modifié les temps de cette opération, aujourd'hui il semble que l'on veuille réduire l'usage de l'instrument à l'incision de la peau, qui ne donne jamais d'écoulement de sang.

Dans une trachéotomie l'important est, chez l'adulte, de pouvoir éviter l'hémorrhagie veineuse, or, si le thermo-cautère ne peut pas donner ce résultat, à quoi sert-il ?

Il n'y a pas d'opération mieux réglée que la trachéotomie, et pour mon compte je n'ai jamais eu d'accident ; je suis loin d'être le seul et je pourrais citer plusieurs anciens internes de l'Hôpital des Enfants qui obtiennent d'excellents résultats avec le procédé classique.

J'arrive avec le bistouri à un résultat aussi complet qu'avec le thermo-cautère, et je ne puis voir dans les raisons qui engagent à employer cet instrument, qu'une question de goût personnel. En

somme, abandonner le bistouri pour le thermo-cautère, c'est vouloir reprendre en sens inverse la découverte d'Ambroise Paré.

M. Farabeuf. J'ai souvent appliqué le fer rouge sur le cadavre pour arrêter l'écoulement de mercure injecté dans les lymphatiques; le résultat immédiat était excellent pour ces petits vaisseaux, mais, au bout d'un certain temps, l'humidité envahissait la cicatrice et l'écoulement se reproduisait. Pareil phénomène n'est-il pas à craindre sur le vivant ?

M. Blot. Je ne veux pas entrer dans le fond de la discussion, mais je voudrais faire observer qu'en examinant la *pièce* qui nous a été présentée par M. Berger, il est impossible d'accepter l'observation de M. Desprès, au sujet de l'étendue de la partie cautérisée. L'eschare est insignifiante et les dimensions que lui assigne M. Desprès sont très-exagérées.

M. Desprès. Pour trancher ce différent, il suffit de demander à M. Berger de faire examiner au microscope les tissus qui entourent la plaie et je suis sûr qu'il y a plus de 5 centimètres d'altérés.

Communication orale.

De l'opportunité des opérations chez les vieillards.

M. Desprès. On a posé en principe, depuis longtemps, que les opérations chez les vieillards ne devaient pas être tentées, et j'ai été élevé avec l'idée que si on faisait perdre du sang à un vieillard ou même si on le laissait longtemps au lit, il succomberait rapidement. M. Verneuil est venu encore insister sur la gravité des opérations chez les vieillards, j'avoue que j'ai de la difficulté à admettre cette opinion, car je ne puis pas croire qu'un homme de 80 ans, parvenu à cet âge sans maladie, sans infirmité, ne soit pas dans de meilleures conditions qu'un homme jeune atteint ou devant être atteint d'albuminurie ou de diabète. Aussi je suis d'avis qu'un vieillard, qui a de bons organes, est en état de soutenir une opération.

Voici l'observation de la femme de 80 ans, à laquelle j'ai enlevé un volumineux fibrome de la paroi abdominale, et que j'ai présentée, dans une des précédentes séances.

Fibrome de la paroi abdominale (1).

La nommée B...(Adélaïde), âgée de 80 ans et 7 mois, entre à l'hôpital Cochin le 15 mai 1878.

[1] Voir *Bull. Soc. de chir.*, 1876, p. 475.

Cette femme encore verte, maigre comme les vieillards des campagnes, vient pour se faire débarrasser d'une tumeur de la paroi abdominale qui existe depuis plus de 20 ans, et qui après avoir fait corps avec la paroi a fini par pendre sur la région de l'aine droite.

La tumeur est située sur le côté gauche de l'abdomen depuis le bord interne du muscle droit jusqu'à l'épine iliaque. La tumeur tient à l'abdomen par un large pédicule formé de peau et de brides fibreuses profondes au milieu desquels on sent battre quelques artères. Il existe sur la partie saillante de cette masse qui offre le volume d'une tête d'enfant de 10 ans, une ulcération résultant de l'ouverture spontanée d'un abcès survenu il y a 3 semaines. Au palper on constate qu'en dehors de la partie enflammée de la tumeur la masse est composée d'un tissu dur mametonné et présentant çà et là des points mous ayant la consistance du lipome. Hors le lieu où s'est produite l'ouverture de l'abcès il n'y a aucune adhérence à la peau. Je porte le diagnostic fibrome de la paroi abdominale enflammé et en voie d'élimination.

Le traitement consista d'abord en cataplasmes émollients : il fallait calmer l'inflammation. Quelques jours après la malade prit froid dans les jardins où elle voulait toujours aller, prétextant ses habitudes de campagnarde. Il survint une pneumonie franche qui guérit grâce à l'application d'un petit vésicatoire et d'un régime vineux. Enfin lorsque la malade me parut suffisamment préparée à l'opération qu'elle désirait d'ailleurs, le 12 juin, je procédai à l'ablation de cette tumeur.

Une incision supérieure fut faite n'intéressant que la peau du pédicule de la tumeur, puis l'incision supérieure ayant été pratiquée, la dissection de la tumeur fut faite en haut et pinçant les vaisseaux artériels au nombre de sept qui ont été divisés. J'avais le dessein que la malade perdît très-peu de sang, elle en perdit au plus 100 grammes. La réunion, par première intention, fut faite à l'aide de onze points de suture entortillée et la plaie pansée avec des cataplasmes.

Le 13 juin les épingles sont enlevées. Pas de fièvre, appétit modéré et sommeil.

Les jours suivants la réunion est complète, sauf en trois points, par des orifices où passaient les fils de ligature. Bon état général.

Le 25 juin il y a encore de la suppuration dans les trois points indiqués, mais elle est à peine marquée. Pansement simple.

Le 27 juin les cataplasmes sont repris. Les parties qui suppuraient avaient été réunies superficiellement et enfermaient un peu de pus. Bon état général.

Le 1er juillet la plaie était entièrement cicatrisée. En 17 jours la réunion avait été obtenue.

Le 10 juillet la malade sort de l'hôpital pour aller se présenter à la Société de chirurgie et quitter l'hôpital.

La tumeur était un fibrome calcifié, autour duquel s'était formé un abcès. Mais comme le fibrome était entouré de graisse il n'y avait aucune trace de bourgeonnement (la pièce est déposée au musée Dupuytren). Il n'était pas possible d'espérer une élimination

et surtout une réparation de la plaie, vu le grand âge de la malade qui n'aurait certainement pas résisté à une longue suppuration. Le fibrome avec la graisse qui l'entourait et avait le caractère franc du lipome, pesait 4 kilogr. 500. Les tractus fibreux qui l'unissaient aux muscles permettent de penser que le fibrone avait été primitivement intra-pariétal et qu'avec le temps il s'était pédiculisé.

J'ai fait faire le relevé des individus, âgés de plus de 75 ans, ayant été opérés dans mon service. J'en ai trouvé 3.

Cette malade de 81 ans, dont je viens de vous parler, et qui a guéri rapidement.

Un homme de 80 ans, opéré d'un cancer de la langue avec l'écraseur linéaire, et qui guérit en 12 jours.

Une femme de 78 ans, qui a reçu sur la tête un liquide bouillant, ayant produit sur le pariétal et sur le frontal des brûlures au 5e degré. Aujourd'hui, 9 mois après l'accident, le séquestre n'est pas encore tombé et cette femme, petite, sèche, résiste à la suppuration. Mais on peut dire que cette femme ne porte pas son âge.

Ces faits me paraissent d'un certain poids.

Si je prends des opérés, un peu moins âgés, je trouve le même résultat.

Ainsi je pourrais citer une femme de 73 ans, à qui je fis l'ablation d'une tumeur du sein et des ganglions de l'aisselle. Elle survécut 4 ans.

Une autre femme, de 75 ans, opérée d'une tumeur du sein qui mourut deux ans plus tard d'un érysipèle du cuir chevelu.

Je crois qu'il m'eut été facile de réunir d'autres faits venant à l'appui de mon opinion, aussi suis-je d'avis qu'il ne faut pas porter, pour toutes les opérations pratiquées sur les vieillards, un pronostic fâcheux, car le résultat dépend de l'état des opérés et les vieillards sobres et d'un tempéramment sec guériront bien.

Discussion.

M. Terrier. J'ai été étonné d'entendre M. Desprès nous dire qu'il avait pratiqué, chez sa malade, une réunion immédiate, car je croyais qu'il était tout à fait opposé à cette pratique ; il reconnaît donc que cette manière de faire a l'avantage d'éviter la suppuration.

Le type de vieillards que notre collègue considère comme capable de supporter une opération est rare. De plus, je ferai observer qu'il est impossible de savoir si des organes, parfaitement conservés, ne sont pas arrivés à la limite de la santé, que le moindre ébranlement détruira. Aussi ne peut-on pas savoir si un vieillard sera capable de réparer les pertes de substance produites par l'ablation d'une tumeur.

J'ai opéré des vieillards à la Salpêtrière, mais, seulement, lorsqu'il était impossible de ne pas intervenir. Les vieillards réparent difficilement, aussi ne doit-on les opérer que pour des cas urgents.

M. Desprès. Je ne fais jamais de réunion par première intention, lorsqu'il y a une perte de substance, car on peut craindre des érysipèles.

Dans le cas particulier dont il s'agit, il n'y avait pas à tirailler la plaie ; la tumeur avait formé un pédicule et la plaie se refermait par le poids de ses bords.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
Horteloup.

Séance du 9 octobre 1878.

Présidence de M. Guyon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondances.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine. — Le *Bulletin de l'Académie de médecine ;*

2° La *Revue médicale de l'Est*, le *Montpellier Médical*, la *Gazette médicale de Strasbourg*, le *Journal de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne*, l'*Union médicale et scientifique du Nord-Est*, le *Journal de la Société de médecine de Caen et du Calvados ;*

3° *The Practitioner*, *Centralblatt für Chirurgie*, la *Gazette médicale Italienne-Lombarde*, *The British medical Journal.*

4° *Calcul vésical volumineux extrait par la dilatation brusque de l'urèthre*, par le Dr Suender, de Madrid ;

5° *De la fièvre jaune à la Martinique*, par le Dr Berenger Feraud, membre correspondant, présenté par M. Larrey ;

6° Les *Comptes rendus de l'Académie des sciences* et le *Bulletin de l'Académie de médecine*, pour l'année 1877. Offerts par M. Larrey.

A l'occasion du procès-verbal, la parole est demandée par MM. de Saint-Germain et Anger.

M. DE SAINT-GERMAIN. Je demande à ajouter quelques mots à la discussion qui s'est élevée dans la dernière séance sur la trachéotomie par le thermo-cautère; et si je ne l'ai pas fait mercredi dernier, c'est que je tenais à consulter mes notes et à n'avancer que des faits rigoureusement exacts.

J'ai assisté à 5 trachéotomies pratiquées à l'aide du thermo-cautère, par M. Krishaber.

La première presentait des difficultés énormes, en raison du volume extraordinaire du cou; on aura une idée de ce volume quand je rappellerai qu'il fallut pour arriver dans la trachée une canule de 14 centimètres. Le thermo-cautère divisa les tissus sans la moindre hémorrhagie, presque sur la trachée. Là, un écoulement de sang se produisant en nappe fut étanché en partie à l'aide d'éponges froides, malgré la grande indocilité du malade, et s'arrêta tout à fait après l'introduction de la canule.

La seconde, pratiquée pour un cancer du larynx, fut absolument exsangue; des eschares assez volumineuses se produisirent, et le malade ne put se considérer comme guéri de son opération qu'au bout d'environ 5 semaines.

Les trois derniers cas m'ont particulièrement frappé. Probablement à cause de la modification du procédé consistant en une série de ponctuations au lieu de raies; les eschares ont été pour ainsi dire nulles, et les cicatrices ont été absolument linéaires.

Quant à l'écoulement de sang, je ne l'ai jamais vu se produire d'une manière inquiétante; toujours M. Krishaber s'en est rendu maître soit par des applications légères du thermo-cautère, soit par l'emploi des pinces hémostatiques.

Aussi, à la suite des tergiversations dont je vous ai fait part, dois-je déclarer ma conversion complète, et n'hésiterai-je pas désormais à employer le thermo-cautère pour la trachéotomie de l'adulte.

M. ANGER. J'ai été appelé, il y a peu de temps, à l'hôpital Beaujon, pour une femme prise de suffocation occasionnée par un phlegmon du cou. Je fis pratiquer la trachéotomie avec le thermo-cautère par l'interne de garde.

Cette femme avait le cou très-gros, et cependant on put arriver sur la trachée sans perdre une goutte de sang; l'ouverture de la trachée, faite avec le bistouri, fut suivie d'une hémorrhagie que j'attribuai à la blessure de la paroi postérieure de la trachée.

Je n'ai pas pu savoir s'il y aurait eu une vaste perte de substance, puisque la femme mourut 24 heures après l'opération; mais je suis persuadé que si on emploie le thermo-cautère à une bonne température (rouge sombre), on évitera l'hémorrhagie.

M. le Président annonce que M. Ehrmann, de Mulhouse, membre correspondant, assiste à la séance.

Rapports.

I.

M. Tillaux fait un rapport verbal sur une présentation de M. Zsigmondi, médecin en chef de l'hôpital Impérial et Royal de Vienne, intitulée *Bandages en sac de plâtre*, nouvelle modification du bandage plâtré.

Après avoir indiqué le procédé employé par M. Zsigmondi pour confectionner ces appareils, M. le Rapporteur insiste sur les services que rend l'usage du plâtre dans le traitement des fractures des membres, et trouvant que les appareils de M. Zsigmondi, que l'on peut préparer d'avance, sont un véritable progrès, propose :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur ;

2° De publier dans les *Bulletins de la Société* la description de ces nouveaux appareils et leur mode de construction.

Discussion.

M. Terrier. Pendant la campagne de 1871, j'ai pu me rendre compte combien il est difficile d'employer le plâtre, à cause de la rapidité avec laquelle il s'altère. Aussi, je me demande s'il ne serait pas nécessaire d'ajouter qu'il est indispensable d'enfermer ces appareils dans des boîtes hermétiquement fermées, et de plus, je crains que même avec cette précaution, ils s'altèrent si on n'en a pas de suite l'emploi. Aussi, je serais disposé à préférer la la manière ordinaire dont nous confectionnons nos attelles plâtrées.

M. Desprès. Je profiterai de cette circonstance pour m'élever contre l'usage des bandages plâtrés circulaires, en temps de guerre, pour le traitement des fractures de membres. Tous les blessés français soignés par ces appareils ont eu de la gangrène. Les gouttières de Maisonneuve, d'Hergott, dont M. Tillaux nous a parlé, ne sont pas plus utiles.

Les appareils de M. Zsigmondi sont ingénieux, mais je crois qu'il ne faut pas se hâter de les déclarer supérieurs aux autres, ainsi je ne suis pas satisfait de cette double gouttière qui forme un appareil circulaire.

Je ferai, de plus, le reproche à ces appareils de n'être pas assez solides ; avec une très-petite pression, on peut les déformer ; il n'y

a pas assez de plâtre, et les attelles que nous construisons avec de la tarlatane sont beaucoup plus solides.

M. Larrey. Il y a 24 ans que le Dr Van Loo est venu, dans mon service, préconiser les appareils plâtrés de son compatriote, M. Mathusen.

Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion de les employer un grand nombre de fois, et j'en ai toujours de bons résultats. Mais il est nécessaire de les surveiller avec grand soin, et je partage tout à fait l'opinion de M. Desprès au sujet des dangers que peuvent occasionner les bandages circulaires.

Les inconvénients qui peuvent en résulter doivent imposer une grande réserve pour les employer dans la chirurgie de guerre, car il n'est pas toujours possible de pouvoir déployer la surveillance nécessaire.

M. Tillaux. L'objection adressée par M. Terrier a été faite à M. Zsigmondi, qui y a répondu en disant qu'il avait fait faire 9,000 kilomètres à des sacs plâtrés tout préparés, qu'il s'en est servi après 3 mois, et que les résultats ont été excellents. Malgré cette expérience, M. Zsigmondi conseille de les enfermer dans des boîtes bien fermées, et je ne crois pas que des appareils placés dans une boîte ouverte pendant une journée, soient altérés.

Je répondrai à M. Desprès que, pas plus que lui, je ne suis partisan des appareils circulaires, mais les appareils de M. Zsigmondi ne sont pas des appareils circulaires, ce sont des attelles, des gouttières.

Les appareils de MM. Mathusen et Van Loo ne peuvent pas être comparés à ceux qui nous occupent, car ces appareils n'étaient pas autre chose que l'appareil de Scultet construits avec des bandelettes de flanelle, imprégnées de plâtre, dans lesquels on enfermait le membre. Ils étaient bien inférieurs à ceux de M. Maisonneuve.

Les sacs en plâtre de M. Zsigmondi ont le même but que les attelles de M. Maisonneuve; ils sont d'une construction très-ingénieuse; de plus, ils ont le grand avantage de pouvoir être employés sans salir les mains du chirurgien, et je regarde cela comme très-important à considérer.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Bandages en sac de plâtre, nouvelle modification du bandage plâtré,

par le Dr Adolphe ZSIGMONDI, médecin en chef de l'hôpital Impérial et Royal de Vienne.

Je prends un morceau de toile, un morceau de mousseline et

un morceau de *flanelle rétrécie* [1], et je les fais coudre de manière à en former un sac des dimensions et de la forme du bandage projeté, puis je remplis les deux poches de ce sac avec du plâtre pulvérisé, dont je prends une quantité telle qu'elle suffit pour que la couche du plâtre ait une épaisseur de 5 à 7, même de 10 millimètres, si cela est nécessaire. Après le remplissage, je fais coudre le côté ouvert du sac, en y laissant un petit trou (d'un centimètre environ), je répartis bien également la poudre du plâtre, et je trempe le sac dans de l'eau chaude.

L'eau, en pénétrant, chasse l'air contenu dans le plâtre pulvérisé et fait, suivant la qualité du plâtre, plus ou moins gonfler le sac. Afin de faire sortir l'air par le petit trou du sac, on le presse avec les mains, et, par cela même, le plâtre s'imbibe complétement de l'eau. Ensuite, on retire le sac de l'eau, on l'égoutte, on le met sur une planche oblongue garnie de lisières sur les côtés pour cause de propreté, on l'aplanit et on répartit bien également le plâtre gâché en exprimant en même temps l'eau superflue. Puis on adapte le sac au membre malade, de manière à ce que la flanelle soit placée au-dessus, et on l'assujettit rapidement au moyen de quelques tours d'une bande roulée. Après cette disposition provisoire qui, au besoin, peut seule suffire, on enveloppe régulièrement le sac avec une bande au moyen de laquelle le sac prend parfaitement la forme du membre malade. Il est nécessaire de ne pas trop serrer cette bande, afin que l'appareil n'exerce pas trop de pression sur le membre malade.

Pour confectionner des bandages articulés, on partage le sac par une couture simple en deux coutures parallèles appliquées à l'endroit de l'articulation projetée ; de cette manière, on peut naturellement augmenter à volonté le nombre des articulations.

Si l'on a besoin d'une attelle applicable à une partie angulaire, par exemple au talon ou au coude, on enlève, des deux côtés du sac, deux pointes à la hauteur de la flexion, et on ferme ensuite les parties coupées du sac en couvrant la toile avec la toile, et la flanelle avec la flanelle, et en laissant la coupure du calicot intermédiaire ouverte. Cette couche de calicot a le seul but de faire un réseau intermédiaire dans les mailles duquel le plâtre, en pénétrant, empêche la fragilité des attelles.

Avec ce procédé, on obtient des bandages s'adaptant merveil-

[1] En raison de la propriété de la flanelle de se rétrécir par l'action de l'eau et de perdre par là un quart environ de sa surface, il convient d'en prendre quelques mètres, de les tremper dans de l'eau bouillante, et de les faire sécher avant d'en couper les morceaux destinés à la confection des sacs. Par ce procédé, on sera mis à même de déterminer dès le premier abord les dimensions exactes de ces morceaux.

leusement et offrant au malade toutes les commodités possibles, sans que l'on ait besoin de recourir à une interposition quelconque, de raser les cheveux ou de huiler la peau. — Il y a lieu de constater ici un fait très-remarquable : les plis durs qui se produisent parfois à la surface de l'appareil contigu au corps, même lorsqu'ils sont considérables, ne causent aucun inconvénient au malade, car, en fait, ce n'est que l'enfoncement entre les plis, qui ne s'adapte pas parfaitement, tandis que la pression de l'attelle en général, est également répartie. Par contre, la forme précise de ces appareils impose, lors de leur renouvellement, des précautions spéciales, attendu qu'il importe de donner aux attelles leur position antérieure, ce qui quelquefois ne remplit pas parfaitement, à moins qu'on ne marque sur la peau à l'encre, ou avec de la teinture d'iode, ou de la pierre infernale, la position primitive, précaution qu'on ne devrait jamais perdre de vue.

J'ai appliqué cette sorte d'appareil dans plus de 400 cas. D'après cette méthode, nous avons confectionné des bottes plâtrées, de longs étriers pour la cuisse et d'autres appareils de repos pour toutes espèces de fractures, simples ou compliquées, pour le traitement de la tumeur blanche et d'autres inflammations des articulations, avec ou sans suppuration, ainsi que pour des plaies transversales à proximité des articulations.

II.

M. Tillaux fait un rapport verbal sur un travail de M. Studsgaard, de Copenhague, ayant pour titre : *Corps étranger (verre à champignon) dans l'S iliaque extrait par une laparo-entérotomie. Guérison.*

Après avoir fait l'éloge de la portion historique par laquelle commence le travail de M. Studsgaard, M. Tillaux expose, en quelques mots, les circonstances dans lesquelles l'opération a dû être pratiquée.

M. le rapporteur partage entièrement les raisons qui ont dirigé la détermination de l'intervention chirurgicale; il rappelle, à ce sujet, une observation qu'il a communiquée à la Société, observation d'un individu qui s'était introduit une bougie dans le rectum. La bougie sortit sans opération, mais le malade succomba, 24 heures plus tard, avec une péritonite.

M. Tillaux termine en proposant les conclusions suivantes :

1° Adresser des remerciements à l'auteur;

2° Publier, dans les *Bulletins*, le travail de M. Studsgaard.

Discussion.

M. Verneuil. Les faits de corps étrangers dans l'intestin ne sont

pas très-nombreux et il est nécessaire de bien en connaître la gravité. La mortalité, à la suite de cet accident, est très-grande, car sans parler des dangers que peut entraîner la migration des corps étrangers, il faut bien savoir que la sortie d'un corps étranger par les voies naturelles présente une véritable gravité, qui tient aux plaies de l'intestin, à l'emphysème, que les manœuvres d'extraction peuvent occasionner.

Aujourd'hui que, grâce aux méthodes antiseptiques, l'ouverture de la cavité péritonéale a perdu beaucoup de sa gravité, je crois qu'il sera avantageux d'être plus hardi et qu'il faudra moins craindre de recourir à la recherche directe du corps étranger.

La taille stomacale donne des résultats favorables, j'ai fait faire une thèse sur ce sujet par un de mes élèves, qui a pu montrer que c'était une opération véritablement bénigne.

La taille intestinale a été exécutée plus rarement, mais, en portant un diagnostic précis, je serais d'avis de ne pas hésiter à opérer rapidement pour extraire un corps étranger.

Je viens d'employer avec intention les expressions de taille stomacale, de taille intestinale, parce que je trouve excellent ce mot de taille qui a une signification bien précise.

Je désirerais demander à M. le rapporteur si le travail de M. Studsgaard permet de répondre à plusieurs questions intéressantes.

M. Studsgaard a-t-il eu recours, dans son opération de rectotomie, à la résection du coccyx, manœuvre qui donne un accès très-large dans la cavité du petit bassin ? La résection même partielle permet de pénétrer sans danger.

A-t-on agité la question de faire l'entérotomie dans la fosse iliaque gauche, qui a le grand avantage sur la rectotomie, de ne pas avoir à redouter le tiraillement de l'intestin ?

Enfin, un troisième point, sur lequel je serais heureux d'avoir l'avis de M. Tillaux, est celui de savoir si, après avoir ouvert le rectum, il ne serait pas plus prudent, lorsqu'il y a de la péritonite, de pratiquer un anus artificiel plutôt que de faire des sutures.

M. Desprès. Je serais heureux d'avoir quelques renseignements de M. le rapporteur, car je ne puis pas m'expliquer entièrement la conduite qui a été tenue.

Il est dit que le corps étranger a été senti par le doigt introduit dans le rectum, or je ne comprends pas comment l'extraction n'a pas été tentée par cette voie, aussi je désirerais savoir quels sont les instruments qui ont été employés pour faire cette tentative.

Je n'ai pas très-bien saisi le point où M. Studsgaard pense que ce corps étranger est venu se loger ; on dit dans l'observation

qu'il a fallu tirer sur l'anse intestinale ; or si c'est l'S iliaque, cette traction aurait certainement produit des désordres graves, il faut donc que le corps étranger soit remonté jusque dans le côlon descendant ou transverse.

Avant de recourir à l'entérotomie, je tenterais l'extraction par les voies naturelles, dont les recueils scientifiques contiennent plusieurs observations. Une pince à mords recouverts de caoutchouc permet de saisir avec précision les corps en verre.

M. Lucas-Championnière. La proposition de M. Studsgaard n'est pas faite pour la première fois. Il a deux ans, un mémoire américain du Dr Museroft, après un mémoire du Dr Paul Eve, avait formulé nettement la même proposition.

Il se basait sur des faits déjà connus dans lesquels la laparotomie aurait permis d'extraire sans accidents des corps étrangers de l'S iliaque que l'on n'avait pas pu atteindre par le rectum.

Ce mémoire cite même un cas où le chirurgien regrettait de n'avoir pas agi ainsi ; l'homme était mort sans avoir été délivré et après avoir reproché à son chirurgien de ne pas lui avoir ouvert la paroi abdominale parce qu'il sentait avec sa main parfaitement la saillie du corps étranger.

Cette proposition est d'autant mieux justifiée que dans certains cas de corps étrangers du rectum, l'extraction très-laborieuse constitue une opération de haute gravité.

Depuis quelques années la laparotomie a été pratiquée avec d'excellents résultats en Amérique, en Angleterre et en Danemark où elle est en faveur après des travaux remarquables.

Cette opération excellente dans bien des cas perd beaucoup de sa gravité quand elle a été faite avec des précautions antiseptiques. La remarquable observation de M. Studsgaard est très-propre à encourager son application à la recherche de certains corps étrangers de l'intestin.

M. Sée. Je désire rappeler un fait qui prouve qu'il ne faut pas trop se hâter d'intervenir pour l'extraction de corps étrangers et que la nature peut seule agir.

J'ai eu, dans mon service, un vieillard de 70 ans, atteint d'une tumeur colloïde du rectum faisant un obstacle complet à la défécation. Je lui faisais introduire de grosses canules en gomme de 25 à 30 centimètres de longeur que je retenais à l'extérieur avec un fil.

Un jour le fil se brisa ; en introduisant le doigt pour chercher à retirer la canule, je ne pus parvenir à la sentir. Je laissai le malade pendant une huitaine de jours, et je pus alors sentir la canule et l'extraire, je ne dirais pas sans grandes douleurs, mais au moins sans accidents.

M. Tillaux. Je répondrai à M. Verneuil que la résection du coccyx n'a pas été faite. Quant à savoir pourquoi M. Studsgaard n'a pas fait l'opération de Littré, la réponse se trouve dans son mémoire. M. Studsgaard avait eu l'occasion de pratiquer, peu de temps auparavant, un anus contre nature par cette méthode et il avait trouvé qu'elle ne donnait pas un grand espace pour pouvoir tenter, par cette voie, l'extraction d'un corps étranger aussi volumineux.

Je dirai à M. Desprès que l'instrument qui a été employé pour aller à la recherche du corps étranger est certainement le meilleur, puisque c'est la main. La main fut introduite dans le rectum jusqu'au troisième sphincter, dont la contraction empêcha de pénétrer plus haut, il fut impossible de le dilater et M. Studsgaard se décida à recourir à une opération.

Je ne puis accepter l'assertion de M. Desprès qui soutient qu'on pourra toujours extraire un corps étranger, dès que le doigt permettra de le sentir. De plus, il ne faut pas confondre les corps étrangers du rectum avec les corps étrangers du côlon ou de l'S iliaque, qui amèneront beaucoup plus rapidement de la perforation et de la gangrène. Je crois qu'on ne peut pas dire que le corps étranger n'était pas dans l'S iliaque, parce que l'on a pu attirer l'intestin en dehors, l'S iliaque est une des portions les plus mobiles du gros intestin.

L'observation curieuse de M. Sée n'est pas analogue à celle de M. Studsgaard, car il n'y avait aucune opération à essayer.

En résumant les faits qui ont été réunis par M. Studsgaard, dans son remarquable mémoire, je crois que l'on peut poser en thèse générale, qu'il vaut mieux opérer plus tôt que tard.

(Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.)

Corps étranger (verre à champignon) dans l'S iliaque extrait par la laparo-enterotomie. Guérison, par le Dr Studsgaard, de Copenhague.

La plupart des corps étrangers du tube digestif sont introduits fortuitement par la bouche, ou avec les aliments, ou par inadvertance; souvent ils sont avalés à dessein par des escamoteurs, des aliénés ou par des enfants. Arrivés dans l'estomac, leur sort futur dépend principalement de leur consistance, forme, grandeur, et de leur poids; le passage à travers l'anus se fera avec plus ou moins de difficulté, parfois même sera tout à fait impossible, au cas que les malades n'auront pas la chance heureuse de s'en débarrasser par vomissement. Aux endroits les plus différents du ventre, ils peuvent se faire passage après un travail d'ulcération, une péri-

tonite locale et la formation d'un abcès; des aiguilles se font souvent jour insensiblement et se présentent dans la peau ou dans le tissu sous-cutané longtemps après avoir été avalées; mais parfois une opération devient urgente, quand le corps étranger reste dans l'estomac, sans pouvoir être vomi, ni passer le pylore, et causant ainsi une gastrite après un temps plus ou moins court. Après le pylore, le duodénum, le cœcum, le sphincter ani présentent le passage le plus difficile, et bon nombre de péritonites, de typhlites et de fistules recto-périnéales doivent leur origine à l'irritation produite par un corps étranger.

Les cas les plus curieux de corps étrangers, introduits par la bouche dans l'estomac et les intestins, sont recueillis par A. Poland (*Gúy's Hospital Reports*, 1863); il y a en outre 5 exemples de gastrotomie (ouverture de l'estomac), recueillis et critiqués par Kaiser (*Czerny's Beiträge zür operativen Chirurgie*, 1878), d'où il résulte que cette opération, jusqu'à présent, a été faite à cette fin 13 fois, seulement avec 2 cas de mort; pourtant il faut relever qu'en 6 cas il y avait des adhérences entre l'estomac et la paroi abdominale avec perforation et abcès, et que la mort s'ensuivit dans un des 4 cas où les adhérences faisaient défaut, tandis que la réunion des deux membranes n'a pas été mentionnée dans les 3 cas restants avec un décès. Poland doute qu'on soit autorisé à faire l'opération (c'est-à-dire la gastrotomie sans adhérences), et il croit que l'expulsion du corps étranger, à en juger d'après l'issue des cas semblables, pût avoir été encore possible par les voies naturelles ou par la formation d'un abcès. La valeur de cette objection en regard de plusieurs des cas relatés se laisse à peine juger à cause de leur brièveté; mais que des phénomènes morbides, particulièrement des douleurs, de concert avec la durée de la maladie, puissent imposer l'opération plutôt que la forme et la grandeur des objets avalés, ceci me semble indubitable, sans égard à ce fait que la clinique nous donne des exemples d'expulsion, soit par les voies naturelles, soit par des abcès, de presque tous les objets possibles qui se laissent avaler. La fourchette, que Léon Labbé en 1876, extraya de l'estomac d'un commis par la gastrotomie, avait séjourné là pendant 2 années et 10 jours, et le malade se rétablit, nonobstant l'absence d'adhérences, que du reste Labbé, avait vainement essayé de provoquer par des moxas réitérés. Poland cite en outre dans son Traité nombre de guérisons d'extractions par des abcès de la paroi abdominale, après des perforations du canal intestinal lui-même en un point quelconque, tandis que des laparo-entérotomies véritables pour extraire des corps étrangers avalés ne semblent pas connues.

Beaucoup plus rarement que par la bouche, des corps étrangers

sont introduits dans l'intestin par l'anus, tantôt par traumatisme, tantôt volontairement, par des motifs différents, dont on découvrira difficilement la nature vraie. Dans les cas traumatiques, des perforations du rectum se feront naturellement avec facilité, tandis que le rectum dans les autres sera plus ou moins complétement obstrué; comme règle, il faut alors extraire l'objet par une opération quelconque, s'il n'est expulsé spontanément par des contractions rectales ou entraîné avec les excréments. De temps en temps on en trouve des relations dans la presse périodique; ainsi, je connais 4 exemples d'extraction de verre d'assez grande dimension, faites par Velpeau, Maisonneuve, Morel-Lavallée et Nélaton. Dans la collection du musée anatomo-pathologique de Copenhague, j'ai trouvé une pierre oblongue et polie d'une longueur de 17 centimètres, d'une largeur de 6 centimètres 1/2, et d'une épaisseur de 4 à 5 centimètres, pesant 900 grammes, qu'un paysan de l'île Bornholm s'était introduite dans le rectum afin d'obvier à un prolapsus qui le gênait depuis longtemps; la pierre fut extraite par un chirurgien, nommé Frantz Dyhr, en 1756.

Tout à fait exceptionnellement, le corps étranger peut glisser tellement en haut qu'il se loge dans l'S iliaque ou même dans le côlon transverse, et je me permettrai de relater les 3 seuls cas de cette espèce, que j'ai eu la chance de trouver, en en faisant le parallèle avec un quatrième de ma pratique hospitalière.

1° Réalli opéra, en 1849, à l'hôpital d'Orviéto, un paysan, qui neuf jours auparavant, s'était introduit un morceau de bois dans le rectum, voulant, d'après son dire, par cette manœuvre, amasser les aliments en les empêchant de s'échapper trop rapidement. Douleurs violentes. En l'explorant, le doigt pouvait tout juste atteindre la base du corps étranger, environné de la muqueuse tuméfiée dans l'excavation sacrée. Des tentatives d'extraction réitérées n'aboutissant à rien, Réalli fit une incision à la région iliaque gauche, trouva le corps étranger logé dans l'S iliaque, dilatée et déplacée vers l'ombilic, et l'extraya après avoir ouvert l'intestin, qu'il sutura d'après la méthode de Jobert. Le malade fut purgé (!), contracta une entéro-péritonite et un abcès à l'aine, mais guérit et fut bien portant longtemps après. Le morceau de bois était en châtaignier, formé comme un cône tronqué, de 25 centimètres en longueur, 9 à 10 centimètres en diamètre (*Langenbeck's, Archiv.*, vol. VIII, page 620, et *Prager Vierteljahrschrift*, vol. XXVI, page 50.

2° Un petit étui avec plusieurs instruments à effraction et des appareils de voleur très-ingénieux fut trouvé à la section d'un homme âgé de 41 ans dans la prison de Vannes en 1861, par Closmadeuc. Le malade était mort d'une péritonite aiguë d'une durée

de 7 jours; pendant sa maladie, on avait découvert dans le côté gauche de l'abdomen un corps dur d'une grandeur médiocre, qu'il disait être un morceau de bois renfermant de la monnaie et introduit dans le rectum; cependant rien n'y fut trouvé par l'exploration. A l'autopsie, on trouva l'étui logé dans le côlon transverse, la pointe dirigée vers le cœcum; il était en fer-blanc, enveloppé d'un morceau de fraise de mouton, pesait 650 grammes, d'une longueur de 16 centimètres, d'une périphérie de 14 centimètres, et contenait 13 pièces d'outils différents et de la monnaie. Les nécessaires de voleur, que les prisonniers ont coutume de cacher dans le rectum, sont bien connus des geôliers, mais ordinairement ils sont introduits la base en haut, et Closmadeuc croit pouvoir expliquer la migration dans le cas cité par l'introduction avec la base en bas. (*Gazette des hôpitaux*, 1861, p. 247).

3° Ogle relata le cas suivant à la Société médico-chirurgicale de Londres, 1863: chez un jeune homme de 17 ans, il avait senti une tumeur du volume d'un œuf de pigeon située sous les cartilages des côtes fausses gauches; 16 jours après le malade évacuait par l'anus un bâton d'une longueur de 10 pouces, qu'il avouait s'être introduit dans le rectum 4 mois auparavant. Des détails spéciaux sur la forme et la largeur du bâton font malheureusement défaut (*Langenbeck's Archiv.*, vol. VIII, p. 620).

Comme complément, j'ajouterai un quatrième cas, que j'ai traité à l'hôpital de la commune, à Copenhague.

Jean F..., valet de pied, âgé de 35 ans, fut admis le 10 janvier 1878, et sortit guéri le 16 avril 1878. La veille de l'entrée, il s'était introduit un verre à champignons vide, le goulot en haut, dans le rectum, d'après son dire, pour remédier à une diarrhée rebelle, et le 10 janvier dans la matinée il fut obligé d'appeler un médecin, des douleurs aiguës s'étant manifestées dans le ventre. Il fut chloroformisé, mais le verre, qui avant la narcose était senti dans le rectum, glissa en haut pendant l'administration du chloroforme, et le malade fut alors immédiatement transporté à l'hôpital. Il était épuisé par le passage et les douleurs croissantes; vomissements de mucosités. A travers la paroi abdominale un peu tendue le verre était palpable le long de la ligne médiane à gauche, le fond près de la branche horizontale du pubis. Le soir narcose profonde, rectotomie linéaire postérieure; la main fut introduite jusqu'au troisième sphincter, qu'on n'osa forcer à cause de sa résistance; le verre fut alors de dehors pressé en bas dans le petit bassin, mais il descendait dans une anse de l'intestin en avant du rectum. Immédiatement après, laparo-entérotomie antiseptique à travers la ligne médiane par une incision de 10 centimètres, commençant à l'ombilic; une anse, qu'on jugea être l'S iliaque, fut

extraite, le goulot en avant et le verre fut ensuite lentement mis à jour par une incision de 4 centimètres sur l'orifice et la partie supérieure du goulot. Toute la circonférence était protégée par des éponges et des compresses contre les matières fécales, et l'incision intestinale fut fermée par 12 à 14 sutures de catgut, d'après la méthode de Lembert, la surface péritonéale ayant été lavée abondamment; pour plus de sûreté, les sutures furent nouées à trois nœuds chacune, l'intestin introduit librement et la plaie abdominale réunie avec 8 sutures de soie à nœuds et à huit de chiffre (*Heppner*) alternativement. La durée de l'opération fut d'une heure.

Le verre avait une longueur de 17 centimètres, le diamètre du fond était de 5 centimètres, du goulot de 3 centimètres; l'orifice avait une entaille évidemment de vieille date, longue d'un demi-centimètre et tout aussi large avec des bords tranchants. La guérison traîna en longueur et le pronostic fut pendant longtemps incertain à cause d'une péritonite locale avec formation d'un abcès, que j'incisai et sur la ligne médiane et à travers le rectum, dont une fusée faisait saillir la paroi postérieure. 2 jours après l'opération des gaz commencèrent à passer; dès le 9e jour il avait des selles spontanées, et elles étaient bien formées, sans traces de pus; quand il fut complétement guéri il quitta l'hôpital, le 16 avril 1878; les muscles sphinctériens avaient déjà pendant longtemps fonctionné normalement.

Dans la dernière relation il y a plusieurs points qui méritent une discussion plus étendue, et les cas précédents semblables peuvent, dans certains sens, en éclaircir les plus douteux. D'abord quant à ce qui a motivé l'introduction du corps étranger, on ne peut pas positivement contester que le prétexte donné par le malade soit vrai; le verre devait alors agir comme un obturateur et peut-être comme une sorte de réservoir excrémentitiel. Une intention pareille peut évidemment être admise, et pour le paysan de Bernholm, qui s'introduisait une pierre pour obvier à un prolapsus ani, et pour l'italien de Realli. Les expériences des prisons nous montrent qu'une certaine classe d'individus aussi savent utiliser l'excavation rectale comme une cachette. Il y a d'autres cas où l'intention se décèle plus ou moins, et d'après mon avis on est parfois autorisé à les imputer à la luxure; la circonférence de l'anus chez mon malade était très-singulièrement excavée dans le petit bassin; son maître me l'a dépeint comme une personne un peu sombre et morose, et il m'a paru trop intelligent pour que j'ai pu me fier sans restriction à sa déclaration par trop sotte.

Ensuite on pourrait se demander pourquoi le verre avait changé de place, étant senti peu de temps auparavant dans le rectum.

Quoique le verre, selon toute apparence, se déplaçât de bas en haut par les tentatives d'extraction réitérées mais inefficaces faites avant la narcose, au lieu de descendre, je crois néanmoins pouvoir accuser une tout autre cause. En envisageant la forme des trois objets trouvés dans l'S iliaque et le côlon, savoir le verre, l'étui et la bûchette (je regrette que les détails du cas d'Ogle soient trop abrégés pour être bien jugés), elle se trouve plus ou moins conique, et dans les 3 cas le corps étranger fut introduit dans le rectum le bout effilé en haut; je pense que voici la raison, la migration en haut serait alors faite par la contraction des fibres circulaires du muscle, excitée par voie réflexe par l'objet, agissant avec plus de force sur sa circonférence inférieure plus grande que sur la supérieure plus ténue, et le forçant ainsi à aller de plus en plus en haut par un mouvement antipéristaltique continu. D'ailleurs la forme spéciale du corps introduit et la manière dont il dilate l'intestin prouvent le mécanisme mentionné, car cela se confirme par les renseignements des prisons françaises; les étuis aux instruments à effraction pouvant toujours être pressés en bas et en dehors par l'anus à la condition d'être introduits la base en haut, et, en même temps, par le fait que la migration en haut se borne aux trois seuls cas relatés, puisque la majorité des corps étrangers introduits par l'anus se logent dans l'excavation rectale, jusqu'à ce qu'ils soient expulsés ou extraits.

En dernier lieu, étais-je autorisé à opérer le malade? Selon l'opinion des uns, peut-être l'opération, tant en général qu'en particulier, n'était pas indiquée; d'autres voteraient pour un délai. Je remarquerai pourtant qu'une tentative d'extraction par la méthode de Simon fut faite, mais vainement; car il m'était impossible de faire pénétrer plus que deux bouts de doigts dans le troisième sphincter, à la région du promontoire, facilement atteint après l'incision du raphé jusqu'à la pointe du coccyx. L'assertion de Simon que 3 à 4 doigts puissent passer par la partie supérieure du rectum dans l'anse inférieur de l'S iliaque (*Langenbeck's Archiv.*, vol. XV, page 101) ne se laissera en général guère soutenir, au moins quant à moi; j'ai été plusieurs fois obligé de m'en abstenir à cause de la grande résistance, bien que la circonférence la plus grande de ma main soit de 2 centimètres et demi moindre que la mesure indiquée par Simon (je pense de sa propre main), comme apte à ces explorations; du reste, je n'ai pas d'objections à faire aux avantages de la méthode quant à l'exploration des organes du petit bassin. Il est possible que la résistance trouvée tenait à un spasme circulaire, qui aussi mettait obstacle au glissement du verre par en bas, mais sa descente dans une anse au devant de ma main se laisse peut-être aussi s'expliquer par la direction de la pression qui, du grand

bassin, vise plutôt en bas et en avant qu'en arrière, si tant est que le verre fût déjà logé dans la courbure du côlon. Cette tentative fut heureusement bientôt abandonnée, car l'entaille du goulot, qu'on découvrit plus tard, aurait pu facilement perforer l'intestin par une pression immodérée. Il ne lui restait alors que les chances d'une laparo-entérotomie ou l'expectation, et les motifs suivants me décidèrent à la première alternative : il me parut bien plus vraisemblable que le corps étranger causerait une péritonite avec des symptômes d'iléus, qu'il serait expulsé par le mouvement péristaltique, d'autant plus que je supposais qu'il était déplacé en haut par des contractions musculaires actives, et qu'un corps d'une telle grandeur ne puisse passer à travers la paroi abdominale après une inflammation et ulcération locales sans exposer le malade à des dangers tout juste aussi grands qu'une incision technique ; cela était douteux, de même que c'eût été un pur hasard si la péritonite éventuelle s'était maintenue locale. Pour ces raisons, je préférai la laparo-entérotomie immédiate, en faisant l'incision sur la ligne médiane comme dans l'ovariotomie, au lieu d'ouvrir au-dessus du ligament de Poupart, et à cause de la cicatrisation facile et parce que j'avais vu peu de temps auparavant, en faisant un anus artificiel sur l'S iliaque pour obvier à un cancer du rectum, l'espace étroit que donne l'incision oblique à cause de la direction des fibres musculaires.

Finalement, quant au traitement de l'incision intestinale, la suture de Lembert (inversion des bords avec adossement des surfaces péritonéales) fut préférée à celle de Jobert (invagination de toute la partie incisée de l'intestin avec sutures circulaires), parce que la première est moins compliquée, se fait plus promptement et avec moins de manipulations de l'intestin.

Le résultat des 4 cas de corps étrangers introduits par l'anus et trouvés dans le côlon a été le suivant : un malade guéri spontanément par expulsion à travers l'anus (Ogle), un mort de péritonite sans opération (Closmadeuc), deux guéris par laparo-entérotomie. (Réalli, Studsgaard.)

Mémoire.

M. Ehrmann, de Mulhouse, donne lecture d'un mémoire intitulé : *Remarques sur un cas de ligature de l'artère carotide primitive, nécessitée par une hémorrhagie consécutive à l'ouverture spontanée d'un phlegmon de la région amygdalienne.*

Les observations de ligature de la carotide primitive ne sont plus aujourd'hui des raretés. Léon Le Fort, dans son article Caro-

TIDE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1re série, t. XII, p. 621 et suiv.) en avait déjà, à la date de 1871, rassemblé 415 cas dûment contrôlés; vers la même époque, la statistique, moins rigoureusement triée peut-être, de Pils (de Stettin) (*Archiv. für Klinische chirurgie*, 1868, Bd. IX, Heft 2, p. 257) en mentionnait plus de 600, et depuis lors nos recueils périodiques en ont relaté un assez grand nombre encore.

Ce qui donc nous détermine à produire le fait qui forme la base de la communication que nous avons l'honneur de soumettre à la Société de chirurgie, ce ne pouvait être la vaine satisfaction d'ajouter un succès de plus à tous ceux déjà publiés; c'est bien le caractère exceptionnel de l'accident qui a motivé notre intervention.

Les pathologistes ont signalé, parmi les terminaisons possibles de l'amygdalite phlegmoneuse, l'hémorrhagie par ulcération de la carotide interne.

Les rapports de voisinage qu'affecte l'amygdale avec le tronc carotidien, qui n'en est distant que d'environ 12 millimètres et qui peut s'en rapprocher davantage dans ces cas d'anomalie assez peu rares encore, où l'artère décrit une courbe à convexité interne qui confine à la glande, expliquent comment cette complication fatale a pu devenir la conséquence de l'extension de l'inflammation suppurative et d'un travail consécutif d'ulcération, en l'absence de toute lésion venue de l'extérieur.

Grisolle [1] rapporte qu'il a été témoin une fois d'une hémorrhagie mortelle résultant de l'ouverture spontanée d'un abcès tonsillaire.

En 1857, à l'hôpital de Metz, un abcès de l'amygdale amenait également une hémorrhagie foudroyante, et Méry [2] constatait, à l'autopsie du malade, l'ulcération de la carotide interne.

Chez un malade de Caytan [3], homme de 38 ans, sujet aux abcès des amygdales et atteint depuis huit jours d'une nouvelle récidive de cette affection, la ponction d'un abcès volumineux de l'amygdale gauche avait été décidée. Caytan, arrivant une heure plus tard pour y procéder, ne trouva plus qu'un cadavre. Dans l'intervalle, l'abcès s'était ouvert, et une ulcération de la carotide interne avait amené une hémorrhagie mortelle.

Pour un cas d'ordre analogue observé par L. Le Fort [4] à l'hôpital militaire de Lille en 1848, une hémorrhagie du même vaisseau avait eu son point de départ dans une inflammation chronique, ulcéreuse, de l'amygdale. On devait, à la visite, extirper une amygdale hyper-

[1] Grisolle, *Traité de pathologie interne*, 1855, 6e édit., t. I, p. 234.

[2] Communication de Dauvé à la Société de chirurgie, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1870, t. XI, p. 281.

[3] Caytan, *Prager Vierteljahrschrift*, 1861; *Gazette hebdomad.*, 1862, p. 300.

[4] Le Fort, *Gazette hebdomad.*, 1862, p. 300.

trophiée; peu d'instants avant l'arrivée du chirurgien dans la salle, une hémorrhagie foudroyante faisait en quelques minutes expirer le sujet.

M. le professeur Immermann (de Bâle) a bien voulu nous communiquer l'observation encore inédite d'un jeune malade de 17 ans, traité à sa clinique au mois de novembre 1876, et chez lequel, au huitième jour d'une scarlatine jusque-là normale, apparaissait dans la région sous-maxillaire droite, une tuméfaction douloureuse, à développement rapide, coïncidant avec une augmentation de la fièvre et s'accompagnant d'une forte gêne dans la déglutition. Le surlendemain, dans la nuit, se produisait subitement une hémorrhagie par la bouche et par le nez, et le malade succombait en moins de cinq minutes. L'autopsie révéla l'existence d'un abcès tonsillaire profond qui s'était ouvert dans l'arrière bouche et qui, d'autre part, avait perforé la carotide. Une assez grande quantité de sang s'était introduite dans les bronches.

Mais si, fort heureusement, la complication dont il s'agit ne s'est présentée toujours que comme une terminaison exceptionnellement rare d'une affection par elle-même si commune, il est, à coup sûr, presque plus rare encore que dans des cas de ce genre le chirurgien ait eu l'heureuse fortune de pouvoir agir assez à temps pour sauver la vie à son malade.

La ligature de la carotide primitive a été pratiquée dans ces conditions par Duffin [1] (1826), par Mayo [2] (1830), par Duncan [3] (1836), par Smith [4] (1865), et par Grahame [5] (1870). Sauf le cas de Duffin, sur lequel nous reviendrons plus loin et qui ne rentre pas strictement dans le cadre des faits qui nous occupent, il s'agissait chez tous ces malades d'hémorrhagies déterminées par le progrès, non point d'abcès, mais d'ulcères phagédéniques ou gangréneux du fond de la gorge. Seuls, les opérés de Mayo et de Grahame guérirent.

Dans le cas dont nous allons relater l'histoire, nous nous sommes trouvé, pour ainsi dire, témoin de l'accident, et notre intervention a abouti à un succès.

Observation. — *Phlegmon de la région amygdaline chez un sujet en apparence bien portant. Ouverture spontanée de l'abcès au huitième ou au neuvième jour. Hémorrhagie foudroyante. Ligature de la carotide primitive. Guérison.*

Il s'agit d'un jeune Italien, âgé de 22 ans, Joseph Gustantin, ouvrier

[1] Duffin, *Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1824, vol. XXI.
[2] Mayo, *Bulletin de Férussac*, t. XXI (1830), p. 122.
[3] Duncan, *Edinburgh med. and surg. Journ.*, vol. LXII (1836), p. 125.
[4] Smith, *Med. Times and Gaz.*, 1865, t. I, p. 368.
[5] Rob. Grahame, *Lancet*, 1870, 27 aug.

terrassier, de belle constitution apparente et de bonne santé habituelle, entré à l'hôpital de Mulhouse le 28 avril 1875, dans le service de notre collègue le Dr Battenberg, pour une angine tonsillaire datant de peu de jours et localisée à droite. Empâtement douloureux de la région sous-maxillaire, dysphagie et fièvre. On pense avoir affaire à une esquinancie simple, et le malade est tenu, deux jours durant, aux boissons émollientes et aux cataplasmes.

Le troisième jour de l'entrée, 1er mai, vers 6 heures du matin, après une nuit agitée, l'abcès s'ouvre spontanément dans la gorge; mais tout aussitôt un flot de sang vermeil inonde la cavité buccale, et en quelques secondes il en est rendu plus d'un demi-litre.

Quand la sœur du service arriva auprès du malade, l'hémorrhagie s'était arrêtée. Un sac de glace est néanmoins appliqué sur le côté droit du cou, en attendant la visite.

A 9 heures et demie, nouvelle hémorrhagie aussi soudaine que la première, mais un peu moins abondante. Le Dr Battenberg réclame notre concours pour pratiquer la ligature de la carotide, dont il considère dès à présent l'indication comme posée.

Nous trouvons le malade dans l'état suivant : grande anxiété, pâleur considérable; sueurs froides; pouls accéléré, petit, pourtant relativement encore assez résistant. Empâtement étendu, mais peu douloureux, de la région sous-maxillaire. A l'inspection de la gorge, rendu difficile par le serrement des mâchoires : tuméfaction et rougeur œdémateuse du voile du palais; un caillot frais, volumineux, masque à droite la région des piliers et la base de la langue. A la palpation de la tumeur, point de battements manifestes.

On nous présente dans deux cuvettes le sang qui a été rendu par le malade : il n'y a pas à s'y méprendre, c'est bien du sang artériel.

Toutefois, la deuxième hémorrhagie ayant été moins forte que la première, et le malade nous paraissant plutôt angoissé que considérablement affaibli, nous pensons pouvoir temporiser encore; nous recommandons l'immobilité la plus complète, la continuation de la glace, et, en cas d'hémorrhagie nouvelle, la compression digitale sur le tubercule carotidien.

Nous étions encore en tournée dans nos salles, quand, une demi-heure à peine plus tard, on nous rappelait en hâte. Une troisième hémorrhagie venait de se produire, presque aussi considérable, à elle seule, que les deux autres réunies. Le malade était dans un état syncopal, très-pâle, comme exsangue : extrémités froides; pouls filiforme. L'hésitation n'étant plus permise, nous pratiquâmes, séance tenante, avec l'assistance du Dr Battenberg, et tandis qu'on continuait à comprimer le vaisseau, la ligature de la carotide primitive. En raison de la brièveté du col et de sa tuméfaction au voisinage de la mâchoire, l'artère dut être découverte assez bas, un peu au-dessous du muscle omo-hyoïdien. Le vaisseau, isolé avec soin, fut coupé entre deux ligatures. Ainsi que nous avons coutume de le faire chaque fois qu'il s'agit d'artères importantes, convaincu que nous sommes, avec notre

éminent maître, M. Sedillot [1], que cette méthode est celle qui met le plus efficacement à l'abri des complications hémorrhagiques par ulcération du fil.

L'écartement des deux bouts de l'artère, rétractée dans sa gaîne, mesurait ici plus de 15 millimètres.

Les suites de l'opération furent heureuses. On continua par précaution les applications de glace durant les trois premiers jours. L'hémorrhagie ne se reproduisit plus. Il y eut, jusqu'à la fin de la première semaine, une assez forte réaction fébrile, et, malgré l'insistance que nous mîmes à favoriser l'alimentation, une inappétence à peu près complète. Persistance, pendant plusieurs jours encore, de l'empâtement pharyngo-maxilaire. Ecoulement dans la bouche d'un pus fétide, pour lequel durent être pratiquées régulièrement, plusieurs fois chaque jour, des irrigations phéniquées.

On ne vit se produire aucun des symptômes dits cérébraux ou nerveux, si fréquemment signalés dans des cas analogues ; mais il y eut un degré prononcé d'aphonie, qui n'était point à mettre sur le compte de la seule faiblesse, et qui du reste se dissipa complétement du 3e au 4e jour.

Dès le commencement de la deuxième semaine, on voyait la fièvre tomber, l'appétit renaître, l'influence de la région prémaxilaire se résoudre peu à peu, et le malade, si affaibli au début, reprendre graduellement ses forces. Les fils tombèrent le 14e et le 16e jour. La cicatrisation de la plaie, retardée par la formation d'un petit abcès présternal, était complète à la fin de la cinquième semaine. Le malade, ouvrant facilement la bouche et avalant en toute liberté, sortait guéri le 18 juin 1875.

Réflexions.

A. — Bien qu'il soit impossible, en l'absence du contrôle nécroscopique, de préciser d'une manière absolument certaine le point de départ de l'hémorrhagie dans des cas comme le nôtre, il ne semble guère douteux que le vaisseau lésé n'ait été, ici, la carotide interne.

La soudaineté à la fois et l'abondance de l'hémorrhagie ne peuvent s'expliquer que par la lésion d'une artère majeure. Le siége même du phlegmon, les rapports anatomiques bien connus de la région qu'il occupait, paraissent une présomption suffisante pour que ce vaisseau n'ait été autre que la carotide elle-même.

Il est vrai que Thompson [2] a vu l'excision d'une amygdale enflammée produire une hémorrhagie presque foudroyante. Il se dis-

[1] Sedillot, *De la section des artères dans l'intervalle de deux ligatures, comme méthode générale de traitement des hémorrhagies et des anévrysmes*, Paris, 1850.

[2] Thompson, *Medic. Times and Gaz.*, 1860, p. 631; de Saint-Germain, art. AMYGDALOTOMIE du *Diction. de médecine et de chirurgie pratiques*, t. II, p. 166.

posait à lier la carotide, quand un attouchement, au perchlorure de fer de la surface saignante, arrêta l'hémorrhagie. Le sang était fourni par les vaisseaux de l'amygdale, considérablement développés.

Güntner [1], de son côté, a rapporté l'observation d'un malade chez lequel l'excision de l'amygdale droite hypertrophiée avait été suivie d'hémorrhagies secondaires, assez graves pour nécessiter, au 6e jour après l'essai infructueux des hémostatiques, la ligature de la carotide primitive. La carotide interne ne pouvait avoir été lésée dans ce cas, car la glande n'avait été excisée que partiellement; mais il s'agissait d'un sujet débile, hémophilique et en cours de traitement d'une syphilis secondaire.

Il n'est point admissible que, chez le malade de notre observation, l'ulcération spontanée des vaisseaux propres de l'amygdale, ni même de l'artère pharyngienne inférieur, qui, comme on le sait, en fournit la plupart, eût pu déterminer, d'une façon aussi brusque, une irruption de sang aussi considérable. Le fait de la guérison finale n'infirme pas la thèse que nous défendons ici. Il prouve simplement que l'érosion de l'artère n'avait pas été, de prime abord, suffisamment étendue pour entraîner, comme dans d'autres cas plus malheureux, la mort immédiate.

Syme [2], du reste, a vu guérir par la ligature de la carotide primitive un malade pour lequel la réalité de l'ulcération de la carotide interne ne saurait faire doute, puisqu'elle s'était produite au niveau du canal inflexe, par suite de carie du rocher.

Des otorrhagies répétées et une hémorrhagie par la bouche suivie de la formation d'une tumeur molle au fond de la gorge, avaient succédé, chez un jeune garçon de 9 ans, à un écoulement de pus par l'oreille. La ligature de la carotide primitive supprima l'otorrhagie et fit disparaître peu à peu la tumeur pharyngienne. Il y eut encore quelques hémorrhagies par la gorge et par le nez, après quoi la guérison resta définitive.

Ces ulcérations de la carotide interne dans le canal du rocher, sous l'influence de séquestre de l'os temporal, sont encore assez fréquentes : Jolly [3], dans deux mémoires publiés dans les *Archives générales de médecine*, en 1866 et en 1870, en a rassemblé onze observations. La cause qui les fait naître place évidemment le vaisseau lésé dans des conditions de réparation particulièrement défavorables. Aussi ces cas se sont-ils presque invariablement ter-

[1] Guntner, *Unterbindung der rechten carotis*, etc. (*Oesterr. Zeitschrift für praktische Heilkunde*, 1872, n° 52).

[2] Syme, *Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1833, t. XXXIV, p. 319.

[3] Jolly, *Archives générales de médecine*, 1866, t. II, p. 13; 1870, t. XV, p. 271.

minés par la mort. Broca [1], Baizeau [2], Billroth [3], en liant chez de ces malades la carotide primitive, ont été moins heureux que ne l'avait été Syme. Il faut dire que l'opéré de Broca ne succomba qu'au 27e jour, aux progrès de la phthisie pulmonaire, et 12 jours après la dernière hémorrhagie. Mais chez celui de Billroth la ligature successive des deux carotides n'était pas parvenue à enrayer l'écoulement du sang.

Ainsi que nous l'avons dit au commencement de ce travail, des ulcères de la gorge ont été, chez des malades observés par Mayo, par Duncan, par Smith et par Graham, l'occasion d'hémorrhagies qui aboutirent à la ligature de la carotide primitive.

Pour l'opéré de Duncan [4], un matelot, âgé de 60 ans, qui mourut au 13e jour, il est dit simplement dans l'observation que le sang provenait d'une ulcération phagédénique du pharynx, situé du côté gauche.

Chez celui de Smith [5], jeune homme de 18 ans, une hémorrhagie soudaine s'était produite pendant un accès de toux, au niveau d'un ulcère du pharynx et de l'amygdale, à droite. Mort 5 heures après la ligature. A l'autopsie, engorgement des ganglions cervicaux antérieurs ; ulcération phagédénique de l'amygdale droite et de ses abords ; perforation de 2 à 3 millimètres de diamètre sur la carotide interne, tout près de son entrée dans le canal carotidien.

Pour le malade de Graham [6], homme de 47 ans, atteint de phthisie avancée, l'ulcération qui amena l'hémorrhagie siégeait en arrière du pilier antérieur droit, englobant les parties voisines du pharynx et du voile du palais. Après deux hémorrhagies moins importantes, le sujet avait perdu subitement, dans la nuit, trois jours après, 30 à 40 onces de sang artériel ; le sang sortait tout à la fois par la bouche et par l'oreille droite, où l'ouïe se trouvait abolie depuis quelque temps déjà. La compression, puis la ligature de la carotide correspondante arrêtèrent l'hémorrhagie.

Quant au cas de Mayo [7] un homme de 23 ans, selon toutes les apparences, syphilitique, son auteur rapporte que l'amygdale droite avait disparu entièrement sous une ulcération profonde qui s'éten-

[1] Broca, *Carie du rocher, ulcération de la carotide interne*, etc. (*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1866, p. 172).

[2] Baizeau, *Perforation de la carotide interne; ligature de la carotide primitive* (*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1861, p. 430).

[3] Billroth, *in extenso* dans Pils (mém. cité, p. 299).

[4] Duncan, *Edinburgh med. and surg. Journ.*, vol. LXII, p. 125.

[5] Smith, *Med. Times and Gazette*, 1865, t. I, p. 358.

[6] Graham (Robert). *Case of Elonghing phagedæna of throat, hemorrhagie ligature*, etc. (*The Lancet*, 1870, 27 aug.).

[7] Mayo, *Hémorrhagie provenant de l'ulcération du pharynx*; *ligature de la carotide primitive*. (*Bulletin de Férussac*, t. XXI, 1830, p. 122).

dait également au bord postérieur du voile du palais et à la partie voisine du pharynx, et que recouvrait en un point un lambeau d'eschare, de couleur grise cendrée. L'hémorrhagie avait été très-forte, puisqu'à la deuxième qui s'était produite, le patient en quelques instants avait perdu « près de 2 livres de sang ».

Si tout fait supposer que dans ces 2 cas, comme aussi dans le fait qui nous est propre, le vaisseau lésé avait été la carotide interne, on devra cependant ne pas perdre de vue que des hémorrhagies mortelles, nées d'abcès ou d'ulcères de la région de l'amygdale, ont eu parfois leur point de départ dans des branches de la carotide externe.

C'est ainsi que pour un malade de Muller [1], qui mourut d'hémorrhagie, celle-ci provenait de l'ouverture spontanée de la maxillaire externe, que l'on trouva au fond d'un abcès communiquant avec une collection purulente de l'amygdale.

Mayo, dans l'observation dont il vient d'être question tout à l'heure, parle d'un cas de Watson [2], pour lequel un ulcère, parti de l'amygdale, avait causé une hémorrhagie de l'artère lingrale, devenue rapidement mortelle par l'irruption brusque du sang dans le larynx et la trachée-artère. Il se demande même si chez son malade l'hémorrhagie, qu'avait si bien enrayée la ligature, ne serait pas provenue d'une source identique.

Chez une petite fille de 4 ans, à laquelle Duffin [3] fit la ligature de la carotide primitive pour une hémorrhagie de la bouche provenant d'un abcès siégeant à gauche, sous la langue, vers l'angle maxillaire, l'autopsie révéla une ulcération de l'artère dentaire inférieure à son point d'émergence, correspondant à une carie osseuse.

La déduction pratique qui ressort de ces faits est celle-ci : s'il est, en principe, rationnel de préférer avec Richet [4], en raison de sa nocuité moindre, la ligature de la carotide interne à celle de la carotide primitive pour les cas où une lésion nettement limitée au premier de ces vaisseaux est indubitable, comme dans ceux d'une perforation par un séquestre du rocher, ou d'un traumatisme direct par la voie pharyngienne (on en possède un certain nombre d'exemples : celui de Keith est le plus remarquable [5]), il sera toujours

[1] Cité par Desnos, art. AMYGDALE du *Diction. de med. et de chir. pratiques*, t. II, p. 123.

[2] Watson, *London med. Gaz.*, vol. III, p. 157, Mayo, *loc. cit.*

[3] Duffin, *Edinb med. and surg. Journ.*, vol. XXI, (1824, p. 240).

[4] Richet, *Diction. de med. et de chir. pratiq.*, t. VI, p. 388, art. CAROTIDE.

[5] Keith, Blessure de la carotide interne, chez une femme de 24 ans, pendant une opération faite par la bouche pour enlever une épingle profondément enfoncée dans la gorge, derrière l'amygdale; guérison par la ligature de la

plus sûr d'aborder la carotide commune, chaque fois que l'on aura affaire à des hémorrhagies spontanées issues d'abcès ou d'ulcères de la région amygdalienne, le siége précis de la lésion artérielle ne pouvant plus, dans ces cas, être déterminé d'une manière aussi rigoureuse.

B. — La bonne apparence constitutionnelle de notre opéré et son état de santé antérieur méritent d'être relevés.

On sait combien est rare, dans les circonstances ordinaires, la perforation des artères de gros calibre par le pus des foyers qu'elles traversent. Cet accident ne s'est habituellement présenté qu'à la faveur de certaines conditions morbides générales, diathésiques ou acquises.

Dans la discussion qui suivit en 1870, à la Société de chirurgie, la communication de Dauvé [1], d'une observation d'adénite suppurée devenue mortelle par l'ulcération de la carotide primitive et de la carotide externe, sous l'influence de la septicémie, Verneuil a insisté sur le rôle que joue l'influence purulente aiguë dans la pathogénie des hémorrhagies secondaires spontanées.

Le cas bien connu de Liston [2], dans lequel la ponction d'un abcès du cou fut accompagnée d'une hémorrhagie qui l'obligea à la ligature de la carotide primitive, s'était rencontré sur un enfant de 9 ans, maladif depuis plusieurs années et qui venait d'être atteint de la scarlatine. L'autopsie prouva qu'il s'agissait d'un abcès scrofuleux qui s'était ouvert dans la carotide.

C'est également dans le cours de la scarlatine que s'était développé l'abcès perforant qui fit mourir d'hémorrhagie le malade

carotide interne. (*Archives de médecine*, 4e série, *Diction.* 1851, t. XXV, p. 475.)

Mayo (1829), *Med. quart. Review*, 1834, p. 410; Vincent (1845), *Med. chir. Fransak*, t. XXIX, p. 39; Arnott (1846), *Lancet* (1846), p. 135; Ure (1859), *Lancet*, 1859, t. I, p. 559. Ligature de la carotide primitive (Mayo seul avec succès) pour des hémorrhagies provenant de blessures du fond de la gorge occasionnées par des tuyaux de pipes.

Heiberg, cit. Pils, *Zur Ligature des Arteria Carotis communis; Archiv. für klin. Chirurg.*, 1868, t. IX, p. 274 et 296.

Même opération sur un homme de 68 ans, pour une hémorrhagie consécutive à une plaie produite par l'extrémité d'un bâton enfoncé dans la gorge, au côté droit de la base de la langue : mort deux jours après.

Stanley, *Lancet*, 1859, t. II, p. 509; 1860, t. I, p. 35. Ligature de la carotide primitive chez un homme de 24 ans, pour une hémorrhagie consécutive à la ponction d'un abcès de l'amygdale pratiquée deux jours auparavant. Mort par accidents cérébraux (*Voy.* p. 15).

Chassaignac, *Bulletins de la Soc. de chirurgie*, t. X, p. 159 et 219, et *Gaz. des hôpit.*, 1859, p. 424. Ligature de la carotide primitive pratiquée avec succès pour une hémorrhagie consécutive à la ponction d'une tumeur rétropharyngienne (*Voy.* p 14).

d'Immermann [1], dont l'histoire est rapportée aux premières pages de ce travail.

Le sujet opéré par Graham [2] et chez lequel l'hémorrhagie avait été amené par un ulcère de la gorge, était phthisique.

Des tubercules pulmonaires furent constatés aussi à l'autopsie d'un malade, homme de 27 ans, auquel Mac Murdo [3] (1845) lia sans succès la carotide commune pour des hémorrhagies consécutives à une adénite suppurée chronique, qui avait déterminé une perforation spontanée du tronc carotidien, au niveau même de sa bifurcation.

Une érosion de la carotide primitive, chez une femme de 42 ans, opérée par Robinson [4] et qui mourut au 4e jour, avait eu son point de départ dans un ulcère strumeux de la région sous-maxillaire.

Les malades de Guntner [5] et de Mayo [6] et apparemment aussi celui de Smith [7], dont il a été précédemment question, étaient sous l'influence de la diathèse syphilitique.

Nous n'avions pas examiné, avant le moment où nous fûmes mandé pour lui pratiquer sa ligature, le malade qui fait le sujet de la présente observation. Ce que nous en savons, c'est qu'il n'était souffrant que depuis peu de jours, lors de son entrée à l'hôpital, et que sa santé antérieure aurait toujours été satisfaisante. Rien, ni dans les données fournies par son état général, ni dans celles tirées de la marche apparente de la maladie, n'avait fait pressentir au médecin du service la complication terrible qui, à si court délai, menaçait son existence.

Sans doute, l'enflure des parties molles avait été, chez ce malade, plus étendue qu'elle n'a coutume de l'être dans l'amygdalite ordinaire ; mais il est de ces phlegmons simples qui acquièrent, comme chacun le sait, un développement insolite ; et certes, ce seul élément était loin de suffire pour, en l'absence de bruit de souffle ou de pulsations constatés dans la tumeur, faire poser le diagnostic de lésion artérielle. Or, ces pulsations et ce bruit de souffle qu'un examen plus minutieux eût peut-être permis de découvrir, l'on n'avait pas eu, il faut bien le reconnaître, l'inspiration de les rechercher ; lorsque nous-mêmes nous vîmes le malade, sa

[1] Immermann (*Voy.* p. 2).

[2] Graham, *loc. cit.*

[3] Mac Murdo (*Saint-Thomas Hospit.*, 1845); E. Crisp, *Krankgeiten u. Verletzunger der Blutgefazer*, p. 305; Pilz, *Zur Ligatur des Arteria Carotis communis*, p. 270.

[4] Robinson, *Lond. med. Gaz.*, t. X, p. 357.

[5] Guntner, *loc. cit.*

[6] Mayo, *loc. cit.*

[7] Smith, *loc. cit.*

tumeur venait de se vider et il se trouvait dans un état demi-syncopal évidemment défavorable à la constatation du symptôme. Il reste là, dans notre observation, au point de vue de l'édification d'un diagnostic différentiel, une lacune regrettable.

Mais voici deux faits qui, sous le même rapport, ne laissent pas que d'être instructifs.

Un homme de 32 ans, atteint de catarrhe inflammatoire de la gorge, avec gonflement de l'amygdale droite, toux et fièvre, se présenta à Duke (1848)[1]. Le gonflement augmenta peu à peu au point de rendre la déglutition presque impossible. Duke, en passant le doigt sur la tumeur, y constata une pulsation manifeste; un stéthoscope placé à l'extérieur du col faisait en outre percevoir un bruit de souffle. Il se refusa en conséquence à l'ouvrir. Un autre chirurgien, qui vit le malade ensuite, ponctionna la tumeur; tout aussitôt se déclara une hémorrhagie violente, qui se reproduisit même après la ligature de la carotide et enleva le malade.

L'autre observation est due à Deware[2]; elle a trait à une femme de 27 ans, offrant à son entrée à l'hôpital un fort ptyalisme mercuriel, avec gonflement glandulaire et enflure considérable de l'amygdale droite. Le chirurgien crut d'abord avoir affaire à un abcès, mais, la tumeur augmentant, vint à saigner abondamment; une exploration plus attentive y révèla des pulsations, et fit poser le diagnostic de tumeur anévrysmale; la carotide primitive fut liée et le malade guérit.

Comme contrepartie à ces données diagnostiques, nous ferons remarquer que dans l'observation de Liston, mentionnée page 672, et pour laquelle il semble hors de doute que la perforation de la carotide ait préexisté à la ponction de l'abcès, il est dit expressément qu'aucune trace de pulsations n'avait été constatée dans la tumeur: celle-ci proéminait dans la gorge et s'étendait surtout vers l'extérieur, au côté droit du col, au-dessous de l'angle maxillaire.

Cette absence des battements avait été signalée également chez ce malade auquel Chassaignac[3], en ponctionnant par la bouche une tumeur fluctuante de la base de la mâchoire du côté gauche, faisant saillie sur le pharynx et qu'il pensait être un abcès rétro-pharyngien, avait déterminé une hémorrhagie qu'il ne put arrêter que par la ligature du tronc carotidien. Se basant sur ce fait que le point où avait porté le bistouri était loin de faire prévoir la possi-

[1] Duke, *The Lancet*, 1848, t. I, p. 233. — Cet homme avait reçu un coup de pierre derrière l'oreille; ce qui fit penser à Duke que l'anévrysme pourrait avoir précédé la formation de l'abcès.

[2] Deware, *Med. Times and Gaz.*, 1860, t. I, p. 90.

[3] Chassaignac, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1860, t. X, p. 159 et 219.

bilité d'une lésion de la carotide interne, Chassaignac invoqua, comme cause probable de l'accident, une anomalie de la carotide. Ne serait-ce pas plutôt que, comme dans le cas de Liston, l'artère n'avait pas été, ici, ouverte par le chirurgien, mais qu'elle l'était déjà par les progrès du travail inflammatoire qui avait amené la formation de l'abcès ?

Quoi qu'il en soit, le diagnostic de ces cas présentera le plus souvent des difficultés extrêmes. En l'absence des signes caractéristiques fournis par le toucher et par l'auscultation, il peut devenir impossible.

Il n'en ressort que plus impérieusement la nécessité pour le praticien d'avoir toujours présents à l'esprit les faits sur lesquels nous venons de nous étendre. Quelque exceptionnelle que soit la complication dont il s'agit, il suffit qu'elle puisse se produire, pour lui imposer la plus grande circonspection chaque fois qu'il se trouvera en face de phlegmons amygdaliens dont le volume anormal ou la marche insolite auront frappé son attention.

Il aura à se rappeler aussi que les abcès même simples de l'amygdale ne doivent être ouverts qu'avec précaution, et que, faute d'avoir été traités en conformité de ces principes, des malades ont eu à subir la ligature de l'artère carotide. Tel est le cas relaté par Stanley [1], où une ponction maladroite d'un abcès de l'amygdale, pratiquée par un médecin, avait été suivie, au bout de peu de jours, d'hémorrhagies devenues rapidement foudroyantes et indiquant bien que la pointe de l'instrument avait entamé la carotide interne. Stanley lia la carotide primitive, mais des accidents encéphaliques tardifs enlevèrent le malade.

C. — Nous ne ferons que mentionner, sans nous y arrêter, l'absence complète, après la ligature, des phénomènes cérébraux chez le malade de notre observation. Ces troubles nerveux sont, comme on le sait, une des complications les plus redoutables dues à l'interruption de la circulation dans les artères du cou.

Ce n'est point ici le lieu de discuter les hypothèses diverses successivement mises en avant pour en expliquer la production, et qui, après MM. Bérard [2], Norman Chevert [3], Norris [4], Erichsen [5], Lenoir [6], Broca [7] et nous-même [8], ont été l'objet d'études cri-

[1] Stanley, *The Lancet*, 1859, t. II, p. 509; id., 1860, t. I, p. 35.

[2] Bérard, *Diction. en trente volumes*, art. CAROTIDE.

[3] Norman Chevert, *Remarks on the Effects of Obliteration of the Carotid Artery upon cerebral circulation* (*London Med. Gaz.*, t. I, oct. 1843, p. 1140).

[4] Norris, *On tying the Carotid Arteries* (*Amer. Journ.*, 1867, t. XIV, p. 14).

[5] Erichsen, *Science and art of Surgery.*

[6] Lenoir, *Diction. des Études médicales*, art. CAROTIDE.

[7] Broca, *Des anévrysmes et de leur traitement*, 1856, p. 504.

[8] J. Ehrmann, *Des effets produits sur l'encéphale par l'oblitération des*

tiques approfondies de la part de Richet, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, à l'article CAROTIDE (t. VI, p. 402, 1867), et de Léon Le Fort, à l'article CAROTIDE, également du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (t. XII, p. 662, 1871).

Quant à l'aphonie présentée par notre malade durant les premiers jours qui suivirent l'opération, c'est là, il est presque inutile de le rappeler, un symptôme d'un ordre tout différent et sans relation aucune avec l'interruption partielle du cours du sang dans l'encéphale.

Tous les chirurgiens aujourd'hui, avec Robert [1], Giraldès [2], Richet [3], Broca [4], Chassaignac [5], Bertherand [6], Léon Le Fort [7], rattachent ce trouble fonctionnel à une lésion directe, contusion, compression par un exsudat ou par une infiltration sanguine, irritation de voisinage produite par le séjour du fil des nerfs incitateurs de l'organe de la voix, soit des gros troncs nerveux eux-mêmes satellites de l'artère, pneumogastrique ou grand sympathique, soit des filets anastomatiques qui forment au devant du vaisseau et du côté du larynx le plexus précarotidien décrit par Huguier. L'hypothèse de la contusion rend plus aisément compte de l'instantanéité du phénomène, inscrite dans un certain nombre de cas, et s'accorde mieux ensuite avec sa rareté relative, qui en fait bien dès lors, comme ce doit être, un accident opératoire.

Sa durée habituellement éphémère (nous ne parlons ici que des cas d'aphonie *temporaire*) indique d'ailleurs que la constriction de la ligature n'a rien à voir dans l'interprétation physiologique de ce symptôme, ainsi que l'avait prouvé déjà un fait de Robert où l'aphonie s'était produite d'une manière subite, au moment du passage de l'aiguille de Cooper et avant que le fil n'eût été serré, et que le met plus directement encore en lumière une observation qui nous est personnelle, que nous avons publiée en 1866 dans notre mémoire intitulé : « *De l'aphonie consécutive à la ligature de l'artère carotide.* Paris, 1866 », et dans laquelle une ligature d'attente que

vaisseaux arteriels qui s'y distribuent. Paris, 1860. Ce mémoire a été en 1861 l'objet d'un rapport de Giraldès à la Société de chirurgie, séance du 9 octobre (*Gaz. des hôp.*, 1861, p. 491).

[1] Robert, *Gaz. des hôpit.*, 1849, p. 421, et 1851, p. 33.

[2] Giraldès, *Gaz. des hôpit.*, 1857, p. 128.

[3] Richet, *Gaz. des hôpit.*, 1859, p. 424, et *Diction. de méd. et de chir. pratiques*, 1867, t. VI, art. CAROTIDE, p. 414.

[4] Broca, *Des anévrysmes*, 1859, p. 481.

[5] Chassaignac, *Gaz. des hôpit.*, 1859, p. 424.

[6] Bertherand, *Gaz. méd. de l'Algérie*, 1857, p. 5, pl.

[7] L. Le Fort, *Diction. encyclopédique de méd.*, 1871, t. XII, p. 665, art. CAROTIDE.

nous avions placée sous la carotide primitive pour nous mettre à l'abri de l'hémorrhagie dans l'extirpation d'un cancer parotidien, avait déterminé une aphonie de plusieurs jours, bien que le fil, que nous n'avions pas eu besoin d'utiliser, eût été retiré de la plaie après l'opération [1].

Conclusions.

I. — Les phlegmons de l'amygdale peuvent être l'occasion d'hémorrhagies spontanées qui, au moment de l'ouverture du foyer, deviennent foudroyantes.

Le même accident a été parfois le résultat d'ulcères profonds, gangréneux ou autres, de la région amygdalienne.

II. — Ces hémorrhagies ont pour origine le plus souvent la perforation de l'artère carotide interne. Dans 3 autopsies toutefois (cas de Watson, de Müller et de Duffin) le point de départ de l'hémorrhagie avait été une des branches de la carodide externe.

III. — Si dans la presque universalité des cas, l'ulcération artérielle paraît avoir procédé de conditions morbides générales, telles que pyoémie, scarlatine, scrofule, tuberculose, syphilis, il semble, à en juger par le fait qui nous est propre, que cette circonstance ne serait pas indispensable à sa production.

IV. — Le diagnostic précis de cette complication, perforation de l'artère avant l'ouverture du foyer au dehors, sera toujours particulièrement délicat. Si l'existence des signes caractéristiques fournis par le toucher et par l'auscultation a pu dans certains cas, comme dans ceux de Duke et de Deware, détourner le bistouri du chirurgien, on ne saurait oublier qu'il est advenu à des opérateurs qui avaient nom Liston et Chassaignac, de se trouver après la ponction d'abcès du col ou de la gorge, en face d'hémorrhagies qui nécessitèrent la ligature de la carotide primitive.

V. — Le seul traitement rationnel de ces hémorrhagies est la ligature de l'artère carotide. Pour les raisons développées au cours de ce mémoire, c'est de préférence à la carotide primitive plutôt qu'à la carotide interne que l'on devra s'adresser.

Discussion.

M. Tillaux. Je partage un peu les réserves que M. Ehrmann a

[1] Ce malade mourut après 47 jours. Malgré ce laps de temps prolongé, l'autopsie permit de constater encore au côté interne du nerf pneumogastrique dénudé, mais intact, une traînée sanguine, trace d'un épanchement qui avait dû être considérable. Une rainure transversale bien accusée y marquait le passage du fil, dont le séjour avait été pourtant si éphémère. Ce point était en rapport immédiat avec le nerf, qui presque inévitablement avait dû être froissé par la sonde, soit pendant l'isolement des vaisseaux, soit au moment de l'engagement du fil (*Mém. cit.*, p. 16).

faites sur la source des hémorrhagies qui peuvent survenir dans la région amygdalienne, car on voit souvent, à la suite de l'ablation des amygdales, des hémorrhagies d'une violence tellement considérable, qu'on a le droit de se demander si la blessure d'une artère de l'amygdale est suffisante pour l'occasionner.

Je pourrai rappeler l'observation d'un élève de mon service, qui vint un jour me demander de lui enlever une amygdale ; je lui refusai parce qu'il venait d'avoir une violente amygdalite. Malgré mon opinion, ce jeune homme rentrant chez lui, se plaça devant une glace et enleva son amygdale ; cette opération fut suivie d'une hémorrhagie abondante qui ne put être arrêtée que grâce à la forcipressure qui fut pratiquée par M. Verneuil. Malgré l'abondance du sang je ne crois pas qu'on puisse admettre une blessure de la carotide interne.

Ce qui me confirme dans cette opinion, c'est le fait qui a été cité par M. Ehrmann, dans lequel la ligature de la carotide primitive n'empêcha pas l'hémorrhagie de se reproduire.

Il y a là un point très-important de diagnostic, car la ligature de la carotide primitive, à cause de ses nombreuses anastomoses, ne mettra pas à l'abri d'une récidive, tandis que la ligature de la carotide externe, peut-être plus difficile, aura un résultat plus certain.

Une des raisons qui me fait admettre que dans les hémorrhagies, suite de l'ablation des amygdales, l'origine provient d'un vaisseau de l'amygdale, c'est que la carotide primitive, quoique très-rapprochée, est protégée par une gaîne fibreuse.

Pour expliquer la blessure de la carotide primitive dans l'ouverture d'un abcès du pharynx, il faut se rappeler que des abcès ayant pour point de départ les ganglions du cou, peuvent repousser l'amygdale et faire saillie dans le pharynx ; ils déplacent donc le paquet vasculo-nerveux et qui peut être atteint par le bistouri.

Mais pour les abcès dont le point de départ se trouve dans l'amygdale, dont l'ouverture a été suivie d'hémorrhagie, j'attendrai une autopsie pour admettre la blessure de l'artère carotide.

M. Ehrmann. Les réserves formulées par M. Tillaux se résument en deux points. Se basant sur les rapports anatomiques de l'amygdale, sur l'existence de l'aponévrose qui sépare en dehors cette glande de la carotide interne, M. Tillaux émet des doutes sur la possibilité de l'ulcération du vaisseau, en tant que le phlegmon aurait eu son point de départ dans l'amygdale elle-même. Il rappelle ensuite que des hémorrhagies aussi graves peut-être que celle qui s'est rencontrée chez notre malade ont eu pour source les vaisseaux propres de l'amygdale, et il se demande si dans ce cas, comme dans tous ceux où le point d'origine de l'hémorrhagie se

trouve dans une des branches de la carotide externe, ce n'est pas la ligature de la carotide externe qui devra être préférée, cette ligature étant à la fois plus innocente et plus efficace que celle de la carotide primitive.

Sur le premier point, et sans contester la justesse des considérations anatomiques invoquées par M. Tillaux, je répondrai par les résultats publiés des autopsies, où, concurremment avec des abcès profonds de la région amygdalienne, a été constatée la perforation de la carotide interne. L'ulcération des aponévroses est assurément un fait rare ; aussi ces cas ne se sont-ils présentés que très-exceptionnellement.

Quant au deuxième point de l'argumentation de M. Tillaux, je pensais avoir prévenu l'objection qu'il comporte, en insistant, comme je l'ai fait, sur la soudaineté à la fois et sur l'abondance de l'hémorrhagie. J'ai moi-même fait ressortir dans mon travail la gravité de certaines hémorrhagies partics des vaisseaux propres de l'amygdale, mais je conteste qu'une hémorrhagie ayant cette origine, puisse, en quelques secondes seulement, amener, comme chez mon malade, près d'un litre de sang. J'accepterai bien plutôt que le phlegmon, disséquant les anfractuosités de la fosse zygomatique, aurait pu ulcérer une des grosses branches de la carotide externe. Mais en tout état de causes, je n'admettrai que bien difficilement que dans un cas d'urgence où l'intervention doit être immédiate et rapide, il y ait indication à tenter la ligature infiniment plus laborieuse de la carotide externe, alors qu'il existe des doutes fondés sur la localisation de la lésion artérielle à la carodide externe ou à la carotide interne.

Présentation de pièce.

M. Vedrenne présente une pièce de luxation de l'épaule, avec l'observation du malade, qui a été recueillie par M. Martel, aide-major.

Sur cette pièce il fait remarquer :

1° La *déchirure de la capsule à son insertion sur le bord interne de la cavité glénoïde et le décollement du périoste dans une étendue de deux centimètres environ*. Il existe toutefois encore adhérent un très-petit faisceau de fibres un peu au-dessous de la partie moyenne de ce bord;

2° *Une fracture du sommet du trochiter*, mais sans déplacement ;

3° L'*intégrité de la longue portion du biceps dans sa gaîne.*

Il ajoute enfin que cette luxation a été le résultat de la chute du blessé sur le coude au moment de l'accident, ce qui est indiqué par la plaie contuse existant en dedans du coude et l'abduction instinctive où devait se trouver le bras pendant la chute de cheval que cet homme a faite.

Salle 12, lit 37. — Bon (Jérémie), 22 ans, 2e soldat au 28e régiment de ligne. Ce jeune soldat, ordonnance d'un officier, fait une chute de cheval le 2 octobre 1878 à 3 heures 1/2 de l'après-midi. Relevé sans connaissance il est apporté à l'hôpital où l'on constate ce qui suit :

Décubitus dorsal, coma profond, respiration stertoreuse; deux plaies linéaires à la région sourcilière gauche donnant peu de sang; un peu d'écoulement de sang par la narine droite. Légères éraillures sur le dos du nez, au menton, à la face dorsale des mains. Plaie linéaire n'intéressant que les parties molles à l'épitrochlée gauche.

Le bras gauche est écarté du corps, l'avant-bras dans l'extension, l'abduction et la demi-pronation. Aplatissement de la région deltoïdienne; soulèvement des parties molles au-dessous de l'apophyse coracoïde et en dehors du sillon qui sépare le grand pectoral du deltoïde : on constate le déplacement de la tête humérale.

Cette luxation qui est sous-coracoïdienne est réduite le lendemain sans grands efforts par l'extension parallèle et la rotation en dehors.

Le malade ne reprend pas connaissance et meurt le 5 octobre à une heure du matin.

2 *octobre*. —	Soir, temp..	38°	Pouls.. 120	Respiration..
3	matin...,...	37,4	 100	 32
	soir.........	38,4	....	....
4 —	matin.......	37,8	 120	....
	soir.........	40,8	 200	 74

Autopsie, faite 30 heures après la mort. Au crâne, fracture de la voûte orbitaire et de l'ethmoïde.

A l'épaule gauche ; le deltoïde ne présente rien de particulier ; le nerf circonflexe, les vaisseaux sont sains. Ecchymose considérable et caillots sanguins en avant de l'articulation. Cet épanchement sanguin a fusé en dedans sur les deux faces du muscle sous-scapulaire jusqu'à ses attaches au bord spinal de l'omoplate. Ce muscle présente une teinte noirâtre et une friabilité très-grande dans toute son épaisseur. Néanmoins on ne constate aucune rupture de faisceaux musculaires. L'épanchement de sang peut encore être suivi au-dessous et en arrière du muscle sous-clavier jusqu'à 1 centimètre du sternum.

En dedans et en arrière, l'ecchymose a fusé sous l'aponévrose superficielle des muscles sus-épineux et sous-épineux.

En bas l'épanchement sanguin a fusé le long de la gaîne des vaisseaux jusqu'à la partie moyenne de la portion interne du triceps où elle s'étale largement. Quelques caillots sanguins autour du tendon de la longue portion du triceps. Le coraco-brachial et la courte portion du biceps sont fortement ecchymosés : à la coupe ces muscles présentent dans leur partie supérieure le même aspect que le muscle sous-

scapulaire. Le tendon de la longue portion du biceps est sain et en place dans sa coulisse.

La *capsule articulaire* présente de petites ecchymoses au niveau de la grosse tubérosité.

Le prolongement de la synoviale qui entoure la longue portion du biceps est plein d'un sang noir qu'on peut faire refluer par la pression avec le doigt dans la grande synoviale articulaire. La bourse séreuse acromio-coracoïdienne est indemne sauf une petite ecchymose.

Toute la bourse séreuse située en arrière du tendon du sous-scapulaire est pleine d'un sang noirâtre.

(Section par la scie de l'articulation scapulo-humérale : le trait de scie passe par le tendon du sus-épineux et va diviser la cavité glénoïde en deux parties égales, l'une antérieure, l'autre postérieure.)

Partie postérieure. La section passe en avant du tendon du sus-épineux qui est intact. La grosse tubérosité est arrachée, mais sans déplacement. Le périoste est intact ainsi que la capsule articulaire à ses insertions à l'humérus et à la cavité glénoïde.

Partie antérieure. On constate le même arrachement de la tubérosité : le tendon du biceps repose sur la fissure antérieure. La capsule articulaire est arrachée complétement dans toute la moitié antérieure de ses insertions à la cavité glénoïde. Les bords de la solution de la continuité de la capsule sont légèrement ecchymosés ; les tissus situés au-dessus de cette capsule sont noirâtres : il y avait peu de sang dans la synoviale articulaire.

La séance est levée à 5 h. 20 m.

Le Secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 16 octobre 1878.

Présidence de M. F. GUYON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance imprimée comprend :

1° Les journaux français suivants : Le *Bulletin de l'Academie de médecine* ; la *Gazette des hôpitaux* ; l'*Union médicale* ; l'*Abeille médicale*; la *Gazette médicale de Paris* ; la *Gazette hebdomadaire;* la *France médicale* ; le *Progrès médical;* la *Tribune médicale ;* les *Annales de gynécologie ; Paris médical;* le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* ; la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* ; le *Lyon médical;*

2° Les journaux étrangers suivants : La *Gaceta de Sanitad militar de Madrid; Centralblatt für Chirurgie; British medical Journal; Giornale internazionale delle scienze mediche; Cronica medico-chirúrgica de la Habana;*

3° Des brochures : *Observations de clinique chirurgicale*, par le Dr F. Gross, 2e fascicule; *Gipsverband und Tricot-Gipsverband*, par le Dr Van de Loo; la *Doctrine physiologique moderne*, par le Dr Mourgue;

M. Larrey dépose les deux brochures suivantes : *Leçons sur les centres nerveux*, par le Dr Fort; *Traitement du spina bifida*, par la méthode nouvelle de James Morton.

M. Verneuil dépose la brochure suivante : *Faits pour venir à l'histoire de la trachéotomie par le thermo-cautère chez l'enfant*, par le Dr J. Bœckel.

M. Marjolin offre à la Société un travail intitulé : *De l'état actuel de l'assistance des épileptiques*, par le Dr A. Lacour, de Lyon.

M. Marjolin expose la nécessité de s'occuper des épileptiques et de remédier à l'abandon si regrettable dont les épileptiques ont été jusqu'ici l'objet. Il partage complétement les opinions de M. Lacour, qui conseille le traitement externe ou la colonisation à la campagne. — Si le traitement pharmaceutique est d'une grande importance, il est nécessaire de soumettre les épileptiques à une sorte d'entraînement moral et physique, qui change les conditions de leur existence.

Rapport.

M. Horteloup. Je viens vous rendre compte, au nom d'une commission composée de MM. Tillaux, Polaillon et Horteloup, d'un travail qui vous a été communiqué par M. Judes Hue, de Rouen.

Cette communication avait pour objet de faire connaître un nouveau procédé d'opération du phimosis.

Rappelant, avec raison, combien on recule souvent devant une opération sanglante, notre confrère a cherché un procédé qui mît à l'abri de tous les inconvénients que l'on peut reprocher aux procédés ordinaires, tels que d'exiger une main chirurgicale et l'usage du chloroforme nécessité par la douleur, de laisser souvent subsister l'œdème du prépuce et du fourreau de la verge, d'être suivi, lorsque la réunion par première intention a manqué, d'un bourrelet cicatriciel qui viendra pour longtemps entraver les rapports sexuels.

Avant d'examiner si ces objections sont bien sérieuses, permettez-moi de vous décrire le procédé, proposé par M. Hue.

Ce procédé n'est autre que l'incision médiane dorsale, mais au lieu de faire cette incision instantanément avec le bistouri ou les ciseaux, notre confrère obtient cette incision au moyen d'un fil en caoutchouc.

Les instruments nécessaires sont une aiguille enfilée d'un fil de caoutchouc et boutonnée de cire vierge, une pince à pression continue et un bout de fil ciré.

L'opération peut se diviser en cinq temps, qui ne sont, dit M. Hue, presque que des mouvements : 1° marquer à l'encre, sur la partie supérieure et médiane du prépuce le point où doit émerger l'aiguille; 2° introduire, jusqu'au point correspondant, l'aiguille sous le prépuce et tranfixer celui-ci ; 3° saisir l'extrémité du fil de caoutchouc venu à la suite de l'aiguille sur la face cutanée du prépuce et retirer l'aiguille ; 4° réunir en avant les deux extrémités du fil de caoutchouc en exerçant sur elles une légère et convenable traction ; 5° fixer la tension de l'anse élastique ainsi pressée à l'aide d'une pince à pression continue qu'on remplace de suite par une ligature avec le fil ciré.

Le tout s'accomplit, ajoute M. Hue, en quelques minutes, la seule partie douloureuse de l'opération, la transfixion du prépuce, est l'affaire d'un instant. En 10 à 14 jours, l'anse élastique tombe, et 10 à 20 jours après, la cicatrisation est complète, sans que le sujet ait eu d'autres précautions à prendre que quelques soins de propreté et de protéger la ligature par un tour de bande.

Notre confrère a pratiqué, depuis 3 ans, une trentaine de fois cette opération; plusieurs de nos confrères de l'armée, M. le Dr Chambé, M. Debout, M. du Cazal, l'ont employé 29 fois; M. Helot, chirurgien en chef de l'hospice général de Rouen, a exécuté 12 fois cette opération sans aucun inconvénient.

Aucun des opérés adultes n'a perdu un jour de travail. Chez deux opérés, il y eut une légère tuméfaction qui disparut avec un jour de repos. Aussi, M. Hue termine-t-il son travail en disant : Le résultat définitif est élégant, bien supérieur à celui de la circoncision, qui est d'une dénudation disgracieuse, à celui de l'incision supérieure ou inférieure, qui laisse de chaque côté du gland deux pendants de peau qu'on a comparés à des oreilles. Avec le procédé préconisé par M. Hue, le gland se présente, dit l'auteur, dans une ouverture ovalaire à bords bien tenus et au point de vue de la forme, les opérés ne le cèdent en rien à ceux dont le prépuce normalement conformé n'a point subi d'intervention chirurgicale.

Pour appuyer son opinion, M. Hue m'a remis des dessins qui

nous montrent des résultats remarquables; de plus, notre confrère a fait passer devant les yeux de la Société 4 jeunes soldats, opérés par M. Chambie, médecin-major. De ces 4 jeunes gens, 1 semblait n'avoir pas été opéré, tant son prépuce était régulier et normal, les 3 autres présentaient une disposition sur laquelle je reviendrai plus loin et qui était loin d'être aussi élégante.

Il est certain, ainsi que le dit M. Hue, qu'il y aurait avantage à pratiquer l'opération du phimosis plus souvent qu'on ne le fait, car lorsqu'on voit le triste résultat que donnent pour la contagion des maladies vénériennes ces longs prépuces qui viennent former un prolongement au delà du gland, on ne peut s'empêcher de regretter les craintes qui engagent parents ou adultes à ne pas faire faire une opération qui mettrait à l'abri de bien des ennuis. Malheureusement, ce mot opération effraye toujours, et il faut souvent un accident pour s'y décider. M. Nélaton avait cherché à éviter l'opération, pour remédier à l'étroitesse du prépuce, en construisant une pince dilatatrice, mais cette dilatation, qui est assez douloureuse et souvent suivie de récidive, ne peut être d'aucune ressource contre les longs prépuces ou contre les phimosis inflammatoires. Aussi, la dilatation du prépuce a-t-elle été un peu abandonnée et a-t-on été obligé de revenir à l'instrument tranchant.

Je ne rappellerai pas les différents procédés qui sont présents à la mémoire de tous, mais je me permettrai de faire remarquer que les résultats sont loin d'être toujours très-élégants, suivant l'expression employée par M. Hue. Sans parler des incisions dorsales ou inférieures, je dirai que je rencontre, à la consultation de l'Hôpital du Midi, des individus ayant été circoncis avec peu de succès; j'ai, dans ce moment, un jeune homme dont la portion supérieure est très-régulière, mais à la portion inférieure, au niveau du frein, il existe un jabot de plus de 2 centimètres. Après avoir essayé presque tous les procédés qui ont été proposés, je suis arrivé à penser que vouloir sectionner peau et muqueuse en un seul coup de bistouri, à la dimension voulue, était peu avantageux pour le résultat. On laisse souvent trop de muqueuse, ce qui peut occasionner, comme je l'ai vu, des récidives, si on n'a pas soin de découvrir le gland pendant la cicatrisation, mais on a alors l'inconvénient de voir se former derrière le gland un énorme bourrelet inflammatoire qui exige un temps assez long pour disparaître.

Ces raisons m'ont fait, depuis plusieurs années, pratiquer l'opération du phimosis en trois temps · je sectionne la peau au point qui me paraît convenable, j'incise ensuite la muqueuse à la partie dorsale, et je coupe la muqueuse à un demi-centimètre du gland. J'ai fait construire une pince qui me permet de pratiquer cette section avec une très-grande régularité. Je place en tout six serres-

fines, et j'obtiens ainsi des résultats qui ont le droit de satisfaire le chirurgien et l'opéré.

Mais ce procédé a, comme tous les procédés de circoncision, l'inconvénient d'être long et assez douloureux pour exiger souvent l'emploi du chloroforme, aussi avais-je été très-satisfait en entendant M. Hue proposer un nouveau procédé facile, non douloureux, et donnant un résultat élégant; considération importante lorsqu'il s'agit d'un organe à la forme duquel on attache, au moins pendant un certain temps de l'existence, une véritable importance.

Aussi, pour pouvoir juger des avantages du nouveau procédé, j'ai prié M. Judes Hue de vouloir bien l'exécuter dans mon service à l'Hôpital du Midi.

Notre confrère a opéré 5 individus, 3 avaient des phimosis congénitaux très-étroits; sur ces 3 individus, 2 avaient le prépuce très-long, les 2 autres étaient des sujets syphilitiques avec des phimosis inflammatoires exigeant un débridement.

L'opération, faite avec adresse, a été presque indolore, mais les malades se sont plaints de douleurs assez vives pendant les 48 premières heures. Tous ont eu une inflammation assez notable qui ne leur aurait pas permis de travailler.

Chez 3 malades la ligature est tombée le 10e jour; chez les 2 autres le 14e et 15e jour; une fois il fallut resserrer le fil.

Si je vous avais rendu compte des résultats de suite après l'opération, il m'eût été impossible d'accepter les conclusions de M. Hue, car il est difficile de voir de plus tristes résultats que ceux que nous avons obtenus. De petites fenêtres à bords inégaux permettent à peine le passage du gland, et je dois dire que chez un des individus, ayant un prépuce très-long, l'ouverture était tellement insignifiante que M. Hue, qui vit le malade, se décida à refaire une nouvelle ligature, mais sans beaucoup plus de succès.

J'étais, je l'avoue, peu disposé à renouveler l'opération du phimosis par la ligature élastique, mais M. Hue me pria de vouloir bien attendre avant de formuler une opinion, m'affirmant que cela s'arrangerait au bout de quelques mois.

3 des opérés quittèrent le service le 30 juin; 1 autre ne voulut pas sortir dans l'état où il était, et il exigea que je lui fis se la circoncision; le cinquième, qui avait un phimosis inflammatoire, suite d'accidents secondaires, resta dans le service pendant deux mois, sans la moindre amélioration, et me demanda à être opéré par le procédé ordinaire. J'ai revu dans le mois d'octobre les 3 opérés qui sortirent de mon service le 30 juin, et je dois dire que j'ai pu constater que les espérances de M. Hue s'étaient réalisées.

Ces individus se trouvent exactement dans les conditions des jeunes soldats que M. Hue nous a présentés.

Le gland est parfaitement découvert, la cicatrice est insignifiante, et, d'après les renseignements qui me sont donnés, il doivent être très-contents.

Un, cependant, dont le prépuce était très-long, présente aux extrémités de la section deux petits mamelons saillants qui sont peu gracieux.

D'après ces observations, le résultat annoncé par M. Hue est vrai quant aux fonctions de l'organe, mais je ne partage pas tout à fait son avis quant à la forme. Chez 1 de mes opérés à prépuce très-long, existent, comme je l'ai dit, deux petites saillies assez disgracieuses ; chez les 2 autres, lorsqu'on attire le prépuce en avant pour recouvrir le gland, on voit bien qu'il y a eu une section faite à la partie médiane. J'ai fait la même remarque sur 3 des soldats qui nous ont été montrés ; le quatrième, en revanche, ne présentait pas cette disposition.

En résumé, le procédé qui a été décrit par M. Hue est simple, moins douloureux et moins long que les autres procédés sanglants ; il permet de bien découvrir le gland, mais je crois qu'il doit être surtout employé chez les enfants dont le prépuce est rarement très-long, et quant aux adultes, il ne faut pas l'employer pour des phimosis inflammatoires, ni pour remédier à des prépuces très-longs, que l'ouverture soit large ou étroite.

Votre commission vous propose :

1° D'adresser des remerciements à M. Judes Hue,

2° De déposer son manuscrit dans les archives.

Discussion.

M. Verneuil. Je crois que la dilatation du prépuce n'est pas aussi abandonnée que semble le croire M. le rapporteur. Pour mon compte, je n'emploie presque que ce procédé pour remédier au phimosis des enfants au-dessous de 10 ans. En prenant certaines petites précautions on obtient d'excellents résultats.

Il est indispensable de distinguer les phimosis avec un petit prépuce et les phimosis avec hypertrophie du prépuce. Pour cette dernière catégorie, il est certain que tous les procédés consistant dans l'incision médiaire sont mauvais, et je crois pouvoir affirmer qu'un des individus opérés par le procédé de M. Hue, dont on nous a fait passer le dessin représentant le prépuce avec le fil en caoutchouc, ne pourra pas avoir évité un mauvais résultat.

M. Marjolin. Je partage tout à fait l'opinion de M. Verneuil ; la

dilatation donne d'excellents résultats pour les petits prépuces à orifices étroits. Je n'emploie plus d'autre procédé chez les enfants.

M. Duplay. Je désire faire observer que souvent le phimosis s'accompagne d'adhérence du prépuce avec le gland, et, dans ce cas, tous les procédés qui ne permettent pas de mettre le gland entièrement à nu donneront de mauvais résultats. Je partage l'opinion de M. Horteloup, qui conseille de ne pas chercher à inciser en même temps la peau et la muqueuse.

M. Anger. J'emploie la dilatation du prépuce avec succès, mais il ne faut l'employer que pour des prépuces fins et élastiques.

Dans le cas de brièveté du frein, j'ai obtenu d'excellents résultats en le sectionnant avec un fil en caoutchouc.

M. Horteloup. Je répondrai à M. Verneuil que j'ai surtout blâmé l'usage de la dilatation pour remédier au phimosis des adultes ayant de longs prépuces.

(Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.)

Communication.

Calcul dans la prostate.—Rétrécissement de l'urèthre.—Taille prérectale sans cathéter.— Guérison.

M. Desprès. Le fait sur lequel j'appelle l'attention de la Société me paraît intéressant à un double point de vue : le développement du calcul dans l'urèthre seulement, sans calculs dans la vessie, et les difficultés de l'opération. L'histoire du malade offre peut-être aussi un certain intérêt à cause des résultats qui ont suivi des opérations dont la valeur a encore besoin d'être discutée, je veux parler de l'uréthrotomie.

M. X..., âgé de 50 ans, est venu à Paris au mois de juillet dernier me consulter pour un rétrécissement de l'urèthe compliqué de fistules urinaires. Depuis vingt ans il souffrait d'accidents du côté des voies urinaires.

A 20 ans, il souffrait d'une blennorrhagie qui avait duré 5 à 6 mois et n'avait pas été traitée par les injections.

A 30 ans, quelques années après son mariage, M. X... constata un rétrécissement de l'urèthre qui a été traité pendant deux ou trois mois par la dilatation simple. Des accès de fièvre ont été observés pendant la dilatation (Le malade très-soigneux et très-intelligent expliquait très-bien ses antécédents). Le rétablissement du cours de l'urine a été incomplet.

A 45 ans, le malade eut une rechute, c'est-à-dire que l'urine ne coulait plus que goutte à goutte. L'uréthrotomie interne fut pratiquée par Isnard, de Metz, qui fit une incision d'avant en arrière par le procédé de M. Maisonneuve, et la dilatation immédiate. Le malade eut des accès de fièvre assez forts. Le rétablissement fut incomplet. Quatre ans après, il y eu de nouveau une rechute, et Isnard cautérisa le rétrécissement avec le porte-caustique de Lallemand. Depuis ce moment les choses allèrent de mal en pis. Des abcès menacèrent sans doute, car le chirurgien fit, à quelques mois de distance, appliquer des sangsues au périnée. Néanmoins, l'année dernière, le malade eut sur le scrotum du côté gauche, près du raphé, un abcès qui s'ouvrit seul et à la suite duquel une fistule persista. Trois mois après, le malade eut un second abcès et une seconde fistule. Tels étaient les antécédents, et il n'y a à ajouter que deux renseignements qui ont leur importance : le malade a rendu en urinant, à une époque qu'il ne peut préciser, un petit gravier de la grosseur d'une tête d'épingle, et depuis un an il a les souffrances les plus vives au fondement, dit-il, et comme la sensation d'une écorchure à la vessie. Le malade avait le sentiment qu'il portait une pierre.

A l'examen local, on constatait : 1° une tuméfaction inflammatoire franche du scrotum tout autour des deux fistules : il était clair que le voyage (le malade venait de Metz) avait causé cette irritation : la tuméfaction s'étendait profondément jusqu'au bulbe ; 2° il y avait à l'anus des hémorroïdes congestionnées.

L'urèthe exploré présentait un rétrécissement au lieu d'élection un peu en avant du collet du bulbe, une bougie n° 7 de la filière Charrière passa avec peine et conduisit sur un autre rétrécissement en arrière du bulbe, et enfin vint heurter contre un corps dur qui donna la sensation d'un calcul. Le doigt introduit dans le rectum sentit le calcul dans la région de la prostate, dont le volume cependant ne semblait pas très-augmenté, mais qui offrait une dureté caractéristique.

Les fistules urinaires étaient très-sinueuses et ne permettaient pas l'introduction d'un stylet pour pénétrer dans l'urèthre.

Je diagnostiquai une pierre dans la prostate, deux rétrécissements de l'urèthre en avant de la pierre et des fistules urinaires scrotales enflammées. Les urines examinées ne contenaient pas de pus floconneux, il n'y avait pas de cystite, les reins étaient insensibles, la pression n'y provoquait aucune douleur, les reins étaient donc sains, au moins en apparence.

Il fallait d'abord calmer l'inflammation du scrotum avant de recourir à une opération pour débarrasser le malade de sa pierre. Une incision fut pratiquée le 10 juillet sur le raphé du scrotum, et

donna issue au pus d'un abcès du volume d'une noisette, le repos au lit et les cataplasmes sur le scrotum complétèrent le traitement. Pendant 20 jours le malade continua de la sorte, et durant ce temps j'essayai, sans y compter beaucoup, la dilatation du rétrécissement, l'expérience m'ayant appris que les rétrécissements traités par l'uréthrotomie interne, lorsqu'ils récidivent, résistent plus que tous les autres à la dilatation. Cette raison même, à défaut d'autre, m'a fait condamner pour toujours l'uréthrotomie. L'urèthre n'admet pas une bougie plus forte que le n° 9. Aucun coude métallique courbe ne put passer, et dès ce moment je jugeai que je serais obligé de faire la taille au cathéter.

Le 25 juillet je procédai à l'extraction de la pierre. J'avais le dessein de faire purement et simplement la taille de Celse, et je n'avais pris avec moi qu'un de mes internes. Je ne tardai pas à m'apercevoir que je ne pouvais mobiliser la prostate avec le calcul: il y avait tout autour de la prostate des indurations dues aux inflammations antérieures. Alors prenant séance tenante un nouveau parti, je fis la taille prérectale. Je passai la bougie n° 7 dans la vessie, puis je fis l'incision classique à 1 centimètre en avant de l'anus (Le malade, n'étant pas chloroformé, était attaché suivant les règles anciennes, les mains fixées aux pieds à l'aide de bandes). Ici les difficultés commencèrent: impossible de sentir la sonde dans l'urèthre. L'incision profonde des tissus fut faite pendant que l'indicateur de ma main gauche, placée dans le rectum, suivait les progrès du bistouri. J'arrivai ainsi sur un tissu blanc qu'à sa résistance je jugeais être la pointe de la prostate ou le commencement de la portion membraneuse de l'urèthre; l'épaisseur de cette partie était assez considérable, et il était impossible de sentir la bougie molle au travers. Cependant avec le doigt il était aisé de sentir les limites du conduit qui donnait la sensation d'un tendon. Je dois ajouter que le bulbe et ses artères étaient parfaitement évités, et que le fond de la plaie ne donnait presque pas de sang. Les yeux n'étaient plus toutefois d'aucune utilité; à force de faire aller et venir la sonde dans l'urèthre, je perçus vaguement une sensation de frottement éloigné. Laissant alors mon doigt au lieu où cette perception avait été constatée, je fis une incision oblique sur le col droit du ruban fibreux que je tenais toujours sous la pulpe de mon indicateur gauche; l'incision avait à peu près 5 ou 6 millimètres d'étendue, et le bistouri ayant traversé l'urèthre, qui cria sous la lame comme du tissu fibreux dense, toucha la bougie qui y était placée. Mon interne, M. Boudet, qui m'aida avec beaucoup d'intelligence, ressentit le contact: nous étions maîtres des difficultés principales. L'incision pratiquée, j'écartai la plaie et vis au fond la couleur noire de la bougie. Une sonde cannelée ordinaire

fut ensuite introduite dans cette ouverture, et là il y eut une autre difficulté, le bec de la sonde heurtait la pierre et n'entrait pas assez; ce ne fut qu'après des tâtonnements ménagés que la sonde passa dans la vessie, et que nous vîmes sortir quelques gouttes d'urine. Je fis alors un débridement en haut, je retournai ensuite la sonde cannelée, et fis un débridement en bas : je ne voulais pas faire une grande ouverture, et surtout je ne voulais pas inciser la totalité de l'urèthre, car ainsi que j'ai pu m'en assurer plus tard nous étions sur la portion membraneuse de l'urèthre ; il ne fallait pas en effet faire une section capable de causer plus tard un nouveau rétrécissement. L'ouverture était juste capable de laisser passer le mors d'une pince à polype de 8 millimètres de largeur et d'épaisseur. Lorsque la pince a été placée, j'en écartais les mors de façon à dilater mon ouverture pour extraire le calcul, dont le volume me paraissait être celui d'une grosse noisette. Ici, je dois le dire, j'ai obéi au désir d'avoir le calcul entier pour enrichir le musée Dupuytren; j'aurais pu briser le calcul avec la pince et en extraire les fragments. Plus tard je me suis loué de cette conduite, car les examens dans la loge où se trouve le calcul ont toujours provoqué un mouvement fébrile, et si j'avais contusionné la prostate en brisant le calcul, je n'aurais peut-être pas obtenu un résultat aussi bon que celui que j'ai obtenu. Après la dilatation avec la pince, je pus saisir du premier coup le calcul et l'amener au dehors intact et tel que vous le voyez. La portion de la sonde qui était dans la vessie fut amené dans la plaie, puis au dehors.

Le doigt indicateur pénétrant dans la cavité qui loge le calcul constate que le col vésical ferme au-dessus et est très-sensible au toucher, et que la loge qui renferme le calcul est séparée du rectum par une faible épaisseur des tissus.

L'opération avait durée 3/4 d'heure ; injection d'eau tiède dans la plaie qui est ensuite lavée avec un peu d'alcool camphré. Le bec et le pavillon de la sonde sont liés ensemble, de sorte que je laisse une sonde à demeure dans l'urèthre pour maintenir l'urèthre dilaté. Des cataplasmes restent en permanence sur la plaie, les jambes sont maintenues demi-fléchies sur les cuisses, les cuisses demi-fléchies sur le bassin à l'aide d'un oreiller placé sous les cuisses. Le malade prit préventivement 60 centigrammes de sulfate de quinine.

A partir de l'opération qui fit éprouver au malade un soulagement immédiat, les choses se passèrent avec toute la régularité désirable. L'appétit vint progressivement et je citerai à leur date les événements principaux.

Le 11ᵉ jour, élimination de quelques minces couches de tissu sphacelé et bourgeonnement de la plaie. Le 16ᵉ jour, le malade

qui urinait par sa plaie commence à uriner par la verge. Issue de pus bien lié et mêlé à de l'urine par la plaie et par les fistules scrotales. Le 18e jour j'essaye de passer une sonde par la plaie dans la vessie.

Le soir, un accès de fièvre pour lequel je donne 60 centigrammes de sulfate de quinine. Le 20e jour, les fistules scrotales paraissant un peu enflammées, je supprime la sonde placée dans l'urèthre et je place une sonde de caoutchouc n° 14 de la filière Charrière, munie d'un mandrin de fil de fer très-fin et à laquelle j'avais donné la forme de la courbure normale de l'urèthre.

Cette sonde passa dans la vessie en suivant la paroi supérieure de l'urèthre sans difficulté. La bougie, laissée en permanence dans l'urèthre pendant 20, jours avait dilaté jusqu'à ce point l'urèthre, mais je dois dire que j'ai eu quelque peine à franchir le rétrécissement. C'était alors le 9 août.

Cette sonde resta en place 8 jours, elle était bouchée avec un fosset et le malade vidait sa vessie toutes les 4 heures. La plaie se referma rapidement, sauf en un point central qui donna de l'urine 2 jours, puis se ferma et se rouvrit le 7e jour. Le 18 août, la sonde paraissant être une cause d'irritation, est supprimée.

Du 18 août au 25 août le malade, en bon état, marche rapidement vers la convalescence, malgré une indigestion d'une demi-journée à cause d'un bain pris trop tôt après le déjeuner.

Le 26 août la plaie, qui n'est pas encore fermée tout à fait, a donné un peu de pus, et l'urine a coulé à chaque miction plein un dé chaque fois. La sonde est replacée 48 heures. Cautérisation de la plaie avec la pointe du crayon du nitrate d'argent.

Le 30 août tous les sondages sont suspendus, seulement le malade passe tous les jours une bougie pleine, qu'il garde une demi-heure pour maintenir son rétrécissement dilaté.

Le 3 septembre le malade fait sa première sortie au Luxembourg. Même quand le malade sortait, le même pansement était continué, les cataplasmes.

Le 18 septembre il part dans son pays.

Voici quel était alors son état 55 jours après l'opération. La plaie était cicatrisée dans presque toute son étendue, il restait seulement un petit pertuis capable de loger la pointe d'une aiguille à tapisserie. Quand le malade urinait, il coulait au début de la miction une très-petite gouttelette de pus et quelques gouttes d'urine un peu trouble. Je n'hésitai pas à dire au malade que cet état persisterait jusqu'à ce que la loge où était contenu son calcul serait bien revenue sur elle-même. L'urèthre était dilaté au point de laisser passer une bougie du n° 12 de la filière, mais cette

bougie ne pouvait pas arriver dans la vessie, elle heurtait toujours au fond de la loge où était placé le calcul. Le jet de l'urine est fort mais un peu tortillé et en éventail. Il n'y a aucun dépôt dans l'urine.

L'une des deux fistules scrotales est entièrement cicatrisée, l'autre l'était à peu près, le scrotum était souple et avait repris la forme et le volume normaux.

Le malade doit se passer tous les jours sa bougie, prendre un bain par semaine et n'avoir qu'une préoccupation, tenir son rétrécissement dilaté.

Aux dernières nouvelles, 9 octobre, le malade a été fatigué par le voyage en chemin de fer et avait dû garder le lit quelques jours. Depuis, grâce au repos, le malade avait repris ses fonctions, il ne perdait pas d'urine par le pertuis demeuré au milieu de la plaie cicatrisée toutes les fois qu'il urinait, et voici les termes même de sa lettre : « Je perds trois ou quatre fois par jour en urinant, six à huit gouttes d'urine. » J'ai répondu au malade que le pertuis se fermerait avec le temps.

L'observation que je viens de vous communiquer se passe de commentaires. Cependant, je voudrais faire cette seule remarque, que, la dilatation permanente de l'urèthre pour maintenir le canal libre depuis l'opération jusqu'à la période de réparation de la plaie nous a été d'une très-grande utilité et il faut ajouter qu'elle a été très-bien supportée par le malade. Je voudrais ajouter encore que la difficulté d'obtenir rapidement la cicatrisation de la plaie tenait exclusivement au siége du calcul. Celui-ci, en effet, occupait une dilatation de l'urèthre dans la prostate qui ne pouvait se combler rapidement, l'urine séjournait après chaque miction et en empêchait le retrait et ce qui sortait sous nos yeux au début de la miction c'était l'urine accumulée après la miction précédente. La guérison définitive de la plaie n'aura lieu que quand cette partie se sera suffisamment rétrécie. Quant au calcul, peut-être d'origine tenace, car je ne l'ai point fendu, j'ai laissé ce soin à M. Houel, auquel je donne ce calcul. Peut-être est-il formé autour de quelque écaille de sonde. Mais ce qui est positif, c'est qu'il a été arrêté par le rétrécissement et qu'il s'est fixé dans la portion la plus large du canal. Il s'est accru sur place, et ce qui le prouve, ce sont des sillons médians dont l'un correspond exactement à la saillie du veru montanaum. Ce calcul a le volume d'une petite châtaigne, il pèse 8^{gr},20.

(Le calcul est déposé au musée Dupuytren.)

L'examen du calcul a été fait par M. *Houel.*

Le poids du calcul est de 8^{gr},20 ; il est composé par du phosphate ammoniaco-magnésien, et l'on trouve à la coupe deux

noyaux d'un assez gros volume, réunis par un magma. Cette disposition de deux noyaux est assez fréquente dans les calculs composés avec du phosphate ammoniaco-magnésien.

Ces noyaux, qui ont d'abord séjourné dans la vessie, sont venus se placer dans l'urèthre, où ils ont été le point de départ de ce volumineux calcul.

M. Guyon. Je ne veux pas entrer dans la discussion de la communication de M. Desprès, je veux simplement faire remarquer que les faits, qui se passent dans mon service, sont tout à fait en désaccord avec l'opinion soutenue par M. Desprès, au sujet de l'impossibilité de dilater les rétrécissements qui ont été uréthrotomisés.

Il y a des rétrécissements qui ne peuvent pas se laisser dilater, mais quant aux rétrécissements qui ont été uréthrotomisés, je soutiens qu'ils peuvent subir facilement la dilatation.

M. Desprès. Je regrette de ne pas être de l'avis de M. Guyon, tous les rétrécissements que j'ai pu rencontrer, après avoir suivi l'uréthrotomie, ont été rebelles à la dilatation.

Lecture.

M. Terrillon lit une observation intitulée : *Extraction d'une balle de revolver, située profondément dans le rocher, où elle séjournait depuis quatre mois et demi sans provoquer d'accidents, mais entretenant une fistule à écoulement fétide. — Guérison.*

(*Commission :* MM. Desprès, Horteloup, Le Dentu.)

La séance est levée à 5 h. 20 m.

Le Secrétaire,
Horteloup.

Séance du 23 octobre 1878.

Présidence de M. F. Guyon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine, le *Bulletin de l'Académie de médecine*, les *Archives de médecine navale*, le *Bulletin général de thérapeutique ;*

2° La *Revue médicale de Toulouse*, la *Revue médicale de l'Est*, le *Lyon Médical*, le *Journal de médecine de l'Ouest*, l'*Avenir médical du Nord de la France ;*

3° La *Chronique médico-chirurgicale de la Havane*, la *Gazette médicale Italienne-Lombarde*, *The British medical Journal ;*

4° Une série de publications de M. le Dr Gallez, membre de l'Académie de Belgique (présentées par M. Boinet). — *Deux cas de luxation fort rare. — Décollement et expulsion d'une portion considérable de la muqueuse de l'intestin grêle*, etc., etc., etc.

M. le Président annonce que M. Vast, de Vitry, membre correspondant, assiste à la séance.

M. le Président annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Ciniselli, de Cremone, membre associé étranger.

Lecture.

M. Mourgues lit un travail intitulé : *Traitement de la métrorrhagie grave.*

(*Commission :* MM. Polaillon, Lucas-Championnière et Guéniot.)

Communication orale.

Du manuel opératoire de certaines résections.

M. Verneuil. Je désire appeler l'attention de mes collègues sur un point du manuel opératoire de certaines résections.

En règle générale, il est très-important, dans toutes les résections, de conserver intacts les muscles et les tendons, car, grâce à cette précaution, nous parvenons dans certains cas à rétablir les mouvements d'une façon notable et, dans d'autres, nous évitons la production des attitudes vicieuses.

Je ne veux pas m'occuper de toutes les résections, et je désire seulement insister sur l'importance considérable que possède particulièrement cette règle pour les résections du cou-de-pied et du poignet, segments mobiles pouvant être facilement entraînés dans un sens ou dans l'autre. En effet, si, dans une résection du poignet, les extenseurs étaient coupés, on laisserait aux fléchisseurs, tout pouvoir pour entraîner la main dans la flexion.

M. Ollier a beaucoup insisté sur la nécessité de conserver le périoste, les muscles environnants, et j'attache une grande importance à cette pratique qui m'a donné d'excellents résultats, particulièrement pour l'articulation tibio-tarsienne.

Ainsi, je voyais, hier, dans mon service, un homme auquel j'ai pratiqué cette résection pour un écrasement du pied ; cet homme fort, vigoureux, se broya le pied en tombant, je fus obligé de lui enlever les deux malléoles, l'astragale et une portion de calcaneum ; j'eus soin de conserver tous les tendons et j'ai obtenu un excellent résultat.

Sur une femme, à laquelle je fus obligé de pratiquer une résection tardive, l'enlèvement de l'astragale, je conservai tous les tendons et je pus, sauf un peu d'équinisme, obtenir un bon résultat.

Dans ces cas, dont je suis disposé à faire une première catégorie, les tendons sont intacts, lorsque le chirurgien est obligé d'intervenir: mais il peut se présenter une seconde catégorie de faits, dans lesquels il ne dépend plus du chirurgien de conserver tous les tendons. Ce sont les cas dans lesquels les tendons ont été déchirés, broyés par le traumatisme.

Dans une fracture de l'extrémité inférieure de la jambe, avec luxation complète du pied, il existe presque toujours forcément une déchirure d'un des groupes des muscles ou des tendons, car sans cela la luxation n'aurait pas pu se produire.

Dans cette seconde catégorie, le résultat est beaucoup moins bon, ainsi que j'ai pu le constater.

Dans un cas de luxation du pied, où tous les tendons, de la région externe furent déchirés, j'enlevai l'astragale; mais il se produisit une adduction très-accentuée.

Dans un autre fait, fracture avec luxation, où j'enlevai l'astragale, les muscles étaient déchirés et je ne pus éviter une déviation notable.

Dans un troisième cas, fracture avec issue du fragment supérieur et luxation du pied, je vis se produire dans le courant du 2e mois, malgré une gouttière, une déviation en dehors du pied. Je crus d'abord que cette déviation tenait à un manque de soins, mais, malgré la plus grande surveillance, je vis la luxation se reproduire et il me fut impossible de m'y opposer.

Le malade marche, mais avec une déformation. On ne peut donc pas se défendre d'un certain désappointement, en voyant obtenir d'excellents résultats, dans une première série de cas, où le délabrement avait été considérable, puisque j'avais été obligé de réséquer l'extrémité des os de la jambe et l'astragale, mais où tous les tendons avaient été conservés ; tandis que, dans une deuxième série, où le délabrement avait été moins étendu, je vis survenir, lentement, une déviation que je crus pouvoir attribuer à une absence de surveillance, tandis que cette déviation tenait à l'action des muscles conservés.

Il y a là une question qui se rapproche un peu de celle dont nous nous sommes occupés dans une précédente séance : ce que deviennent les tendons après les résections. Ce qui m'engage à faire ce rapprochement, c'est la déformation que j'ai pu observer à la suite de la résection radio-carpienne et qui dépend de l'action des muscles.

Je n'ai fait que deux résections radio-carpiennes ; c'est une opération rare, car, avec de l'immobilité longtemps prolongée, la compression, les pointes de feu, on obtient souvent de beaux succès, mais, cependant, on peut être obligé d'intervenir, ainsi que cela m'est arrivé dans deux cas.

Mon premier malade était un vieillard, à qui j'enlevai tous les os du carpe et une portion des os de l'avant-bras. La guérison paraissait assurée, lorsque le siége survint et cet opéré succomba, par suite des privations. Je fis la dissection du poignet et je pus constater qu'il y aurait eu adduction forcée, grâce à l'action du cubital antérieur.

L'autre opéré a guéri; chez cet homme, j'enlevai le carpe et l'extrémité des métacarpiens. Le résultat est bon, puisqu'il peut se servir de sa main pour faire le métier d'ajusteur, mais, malheusement, la main est encore dans l'adduction, et je n'hésite pas à rapporter cette déviation au muscle cubital antérieur.

Pour l'articulation tibio-tarsienne, la résection est une opération qui se présente beaucoup plus fréquemment ; j'en ai fait 6, et 6 avec guérisons. Quant aux résultats que nous devons chercher pour le fonctionnement de cette articulation, ils sont tous différents de celui de la résection du poignet. Pour les mouvements du pied sur la jambe, il est avantageux de l'espérer par un agrandissement du mouvement des articulations voisines, mais quant à l'articulation tibiotarsienne, il est préférable de chercher à obtenir une soudure osseuse et par conséquent une ankylose; aussi le rôle des muscles jambiers et péroniers est-il bien diminué, puisqu'on ne doit pas chercher à se servir de leurs forces.

Lorsque les muscles, qui environnent l'articulation, sont intacts, leur action se balance; mais, si un des groupes musculaires est déchiré par le traumatisme, les muscles conservés ne trouvant pas d'antagonisme, suffisent pour produire une déviation du pied; aussi pour la même raison que, dans une résection tibio-tarsienne, on ne conserverait pas une seule malléole, je suis tout disposé, lorsqu'un des groupes musculaires aura été déchiré, à sectionner les muscles que la violence extérieure aura ménagé.

Pour la résection du poignet, j'irais même plus loin, car, en me basant sur les deux observations dont je viens de vous parler, je

serais disposé à sectionner toujours le muscle cubital antérieur, dont l'action suffit pour produire une déformation.

Pour résumer cette communication, je dirai que je considère, toujours, comme principe général dans les résections, de conserver intacts muscles et tendons environnants, mais je propose d'admettre deux petites exceptions à cette règle.

La première pour l'articulation tibio-tarsienne, lorsqu'un des groupes musculaires aura été détruit par le traumatisme, je conseille de sectionner les muscles antagonismes.

La seconde pour le poignet, sectionner le tendon du muscle cubital antérieur pour éviter l'adduction de la main que j'ai observée deux fois à la suite de cette résection.

Discussion.

M. Desprès. Je suis heureux de pouvoir faire ressortir, de l'intéressante communication de M. Verneuil, deux propositions auxquelles j'attache une grande importance : 1° les excellents résultats que l'on peut obtenir, par la conservation; 2° les avantages considérables que le malade retire, grâce à la conservation, de membres qu'on n'aurait pas hésité à sacrifier.

A la suite d'une fracture grave de la jambe, même parfaitement soignée, on voit toujours se produire de l'équinisme; cette déformation se produit, sous nos yeux, pendant la convalescence, le pied s'incline et lorsque la guérison est définitive, au bout de 3 mois, l'équinisme est produit.

Dans les fractures compliquées de jambe, on voit souvent survenir, à un moindre degré que l'équinisme, une déviation soit en dehors soit en dedans, qui m'a toujours préoccupé.

Il y a peu de temps, M. Larget est venu lire un mémoire sur la déformation des moignons, qu'il attribue à l'atrophie musculaire, aussi je me suis demandé si l'équinisme que l'on observe fatalement, dans les fractures compliquées de jambe, ne dépendait pas de l'atrophie des muscles. J'ai employé les courants électriques mais sans aucun résultat.

Je crois donc que la déformation du pied est due à une attitude vicieuse. Le pied, d'abord placé à angle droit, s'incline par défaut d'équilibre et finit par prendre la position d'un pied équin, avec ankylose fibreuse.

Pour expliquer l'adduction que prend la main dans les résections du poignet, on peut penser que le poids de la main est cause de ce déplacement.

Malgré les déformations que nous voyons survenir à la suite de fractures graves de la jambe, il est nécessaire de dire que les

malades préfèrent de beaucoup, à des appareils prothétiques, leurs membres déformés et même présentant des fistules.

M. Le Dentu. J'ai eu l'occasion de faire deux fois la résection tibio-tarsienne.

La première fut pratiquée sur un sujet scrofuleux, qui était dans un déplorable état général.

Un traitement tonique amena de l'amélioration et je me décidai à l'opérer.

Je fis la résection du tibia et du péroné, ainsi que d'une portion de calcanéum.

Le traitement dura 5 mois, et je vis malgré les plus grandes précautions, avec les appareils platrés, se produire une déviation du pied en dedans.

Malgré cette déviation, le pied se pose bien à plat sur le sol, aussi cet homme peut-il marcher avec un brodequin.

Dans cette opération, je conservai intacts tous les tendons.

La deuxième opération fut faite sur une femme, qui, à la suite d'une chute du haut d'une échelle, se fractura l'extrémité inférieure de la jambe avec issue du fragment supérieur. Lorsque j'ouvris l'articulation, je fus tellement effrayé du délabrement que je fus sur le point d'amputer, je fis la résection de 7 centimètres du tibia et du péroné, l'astragale était intact, les muscles étaient meurtris, mais il y avait une plaie très-longue de la peau.

La malade succomba au troisième mois, mais il n'y eut pas de déplacement du pied, ce que j'attribue à la grande étendue de la plaie qui empêchait l'action des muscles. Il y aurait peut-être eu une déviation secondaire, mais je ne vis pas se produire la déviation dont nous parlons.

Je n'avais cependant ni coupé les tendons ni fait la suture des os, mais je n'hésiterais pas à l'avenir à pratiquer une de ces deux opérations; nous ne cherchons pas un pied avec des mouvements, mais un pied solide, aussi je serais disposé à sectionner les tendons qui flottent autour de l'articulation.

Comme mes collègues j'ai vu souvent survenir l'équinisme, mais je crois que cette déformation n'est pas en rapport avec l'inflammation traumatique du voisinage, car on la voit survenir non pas seulement à la suite des lésions du pied et de la jambe, mais encore à la suite de fracture de cuisse.

Je crois que cette déformation dépend de l'attitude vicieuse que prend le pied, et même, dans la gouttière métallique, le pied touche mal le fond et finit par tomber.

M. Farabeuf. Pour remédier à l'équinisme, j'ai eu souvent recours à l'usage d'une attelle antérieure plâtrée que j'appliquais

Paris.—Imprimerie Paul Dupont, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) (1245, 11-78.) *Le Gérant :* MASSON

sur la jambe et sur le pied. Grâce à cette attelle qui prend un point d'appui sur le cou-de-pied, on rend impossible tout mouvement de flexion.

M. Anger. J'ai fait plusieurs résections tibio-tarsiennes avec succès, et dans un cas j'enlevai 9 centimètres du tibia.

Je serais peu partisan de la résection des tendons, dans une plaie en voie de suppuration, car on pourrait craindre de voir survenir, ainsi que je l'ai observé, une fusée purulente produite par la rétraction du tendon.

Je présenterai, dans la prochaine séance, un beau résultat de résection partielle.

M. Guyon. Comme MM. Farabeuf et Le Dentu, j'attribue l'équinisme à l'attitude vicieuse que prend le pied, lorsqu'on ne lutte point à l'avance contre cette disposition. C'est grâce aux appareils plâtrés que je parviens, chez les malades de mon service, à éviter la position vicieuse du pied qui amène une rigidité de l'articulation, et je donne la préférence à l'attelle postérieure.

La pathogénie de cette déformation est celle que l'on rencontre pour toutes les articulations, qui prennent toujours la position d'immobilité instinctive lorsque le chirurgien ne les place pas dans la position physiologique qui réalise le repos des articulations dans une position utile pour le présent et l'avenir. Mal soutenu ou abandonné à lui-même, le pied va pousser à l'extrême la position où il pourra s'immobiliser, et cette position instinctive aboutit à l'équinisme.

Si dès le début du traitement, on a soin de placer à angle droit le pied dans la position de repos, on évitera cette déformation et l'on évitera également la raideur articulaire.

L'appareil de Scultet et la gouttière sont insuffisants pour soutenir le pied, aussi faut-il prévoir cette difformité qui ne dépend pas de l'atrophie musculaire, mais simplement d'une position vicieuse.

Le plâtre, disposé en appareils moulés, est le meilleur moyen.

M. Verneuil. Je n'ai pas eu l'intention de m'occuper de l'équinisme, ainsi ne répondrai-je qu'à MM. Le Dentu et Anger.

La malade de M. Le Dentu ayant succombé, nous ne pouvons savoir ce qui serait survenu, mais il est probable que le sacrifice de 7 centimètres du squelette aurait contre-balancé l'action des muscles, qui seraient devenus muscles neutres.

Je suis étonné que la déviation se soit produite dans son premier cas, où les tendons étaient tous conservés; il faut donc y faire attention.

Je dirai à M. Anger que je n'ai fait allusion qu'aux résections

récentes ; mais si j'avais affaire à une résection tardive je n'hésiterais pas, si cela etait nécessaire, à sectionner un tendon dans une plaie en voie de suppuration, car on ouvre si largement la région qu'une section d'un tendon n'augmenterait pas la gravité.

Mais je ferai observer que je n'ai pas eu l'intention de proposer la section de tous les tendons qui entourent une articulation réséquée ; j'ai eu en vue, dans ma communication, de parler du cas tout spécial où un groupe musculaire étant déchiré ne peut contrebalancer l'action des muscles antagonistes, et j'ai proposé pour éviter une déformation produite par la contraction de ces muscles d'en faire la section; vous voyez donc que je ne propose cette section que dans un cas spécial, et nullement comme une règle générale.

Grâce à cette opération, nous parviendrons peut-être à éviter cette déformation qui est si pénible après la guérison, et je ne conseillerais pas, pour la combattre, de faire la suture osseuse dont le résultat est très-douteux dans les résections.

Présentation de pièce.

M. Motte, de Dinant (Belgique), présente une pièce de hernie ombilicale congénitale, avec fistule stercorale produite par la ligature du cordon,

(*Commission :* MM. De Saint-Germain, Farabeuf, Desprès.)

La séance est levée à 5 h. 1/4.

Le Secrétaire,
Horteloup.

Séance du 30 octobre 1878.

Présidence de M. F. Guyon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine ;

2° La *Revue scientifique de la France et de l'Étranger ;* le *Bulletin de l'Académie de médecine ;* le *Bulletin des Travaux de la Société médico-pratique ; l'Hôpital des cliniques de la Faculté de médecine de Paris,* par M. le Dr Corlieu ;

3° Le *Lyon médical;* le *Montpellier médical;* le *Bulletin de la Société des sciences médicales,* de Gannat ;

4° La *Gazette de santé militaire de Madrid;* la *Gazette médicale de Turin;* la *Gazette médicale Italienne-Lombarde;* the *British medical Journal;* le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique;* la *Chronique médicale de Valence; Centralblatt für Chirurgie;*

5° *Étude clinique et expérimentale sur l'étranglement herniaire*, par le Dr Motte, de Dinant (Belgique);

6° Le *Mécanisme de la luxation de la hanche et de ses fractures*, par le Dr Henry Bigelow, de Philadelphie. — *Litholapaxy ou Lithotritie rapide avec évacuation*, par le même auteur (présenté par M. Verneuil);

7° Une lettre de M. le Dr Moucques, demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national;

8° Une observation de M. le Dr Paquet, de Lille, membre corres pondant, intitulée : *Sarcome fasciculé de la paume de la main gauche. Extirpation. Guérison;*

9° Un mémoire pour le concours du prix Laborie, intitulé : *De l'ataxie locomotrice dans ses rapports avec le traumatisme.* (Sans épigraphe.)

A l'occasion du procès-verbal, la parole est demandée par :

M. Anger. Je désire présenter à la Société le malade auquel j'ai enlevé 9 centimètres du tibia. Cet homme, apporté dans mon service, avait une fracture des deux jambes. A droite, il y avait luxation du tibia en avant, avec issue de 9 centimètres de l'extrémité inférieure. Voici l'observation :

Le 9 mars 1876, Chevalier (Charles), 42 ans, descendait un tonneau de vin dans la cave; celui-ci lui échappa, le renversa et lui tomba sur les deux jambes. Transporté immédiatement à l'infirmerie de Bicêtre, salle Saint-Victor, on le trouve dans l'état suivant :

Au niveau de la partie moyenne de la jambe gauche, on trouve un gonflement considérable, mi-sanguin, mi-emphysémateux. Mobilité anormale; crépitation diffuse. On sent facilement la présence de plusieurs fragments, et on a la sensation du sac de noix. Donc : fracture comminutive, mais sans plaie extérieure.

A droite, un peu au-dessus de la malléole externe, on voit une plaie linéaire de 2 centimètres environ. A son niveau existe une fracture avec le foyer de laquelle la plaie paraît communiquer. Autour de cette plaie, et en remontant presque jusqu'au genou, on perçoit avec les doigts une crépitation emphysémateuse des plus manifestes.

Au-dessous de la plaie, sur la face antéro-externe de la région tibio-tarsienne, existe une saillie qui, par son volume et sa position, semble au premier abord être l'astragale luxé en avant. Sur cette saillie, les

téguments sont très-tendus, et il est facile de prévoir qu'ils devront se sphacéler. Le pied est dévié considérablement en dedans.

En dedans, on peut constater l'existence d'une dépression considérable sur la face interne du tibia qui est brisé au-dessus de la malléole. Nous avons déjà dit que le péroné était également brisé au-dessus de la malléole.

Du côté droit, le pied est presque insensible. D'ailleurs, le malade est plongé dans une espèce de torpeur telle qu'il n'accuse aucune souffrance dans les manœuvres nécessaires à l'exploration de ses fractures.

9 *mars*. — M. Le Dentu, en l'absence de M. Anger, visite le malade quelques heures après l'accident. En présence de l'épanchement sanguin et de l'emphysème qui remontait jusqu'au genou et qui aurait nécessité l'amputation de la cuisse; en présence surtout de l'état de stupeur du malade, il se décida pour la non-intervention, tout en annonçant que la saillie osseuse qu'on prenait pour l'astragale déterminerait la gangrène des téguments et s'éliminerait spontanément. On maintient les deux jambes dans une gouttière, avec compresses d'eau blanche. Potion de Tood.

Les 10, 11, 12 et 13 mars, la température varie entre 37°,8 et 38°,5. Le pouls est entre 90 et 105. Le malade n'accuse toujours aucune douleur.

Du 14 au 20, la température atteint 39°, 39°,5, et le pouls 110, 115. Le gonflement de la jambe gauche disparaît notablement. Sur la jambe droite, la tuméfaction, l'épanchement sanguin et l'emphysème diminuent aussi, en même temps que des phénomènes de mortification commencent à apparaître sur la saillie du cou-de-pied : enfin, il y a une certaine sensibilité dans la région.

Du 20 au 26 mars, la température reste à 37°,5 ou 38, le pouls à 90 : enfin, à partir du 26, elle reste à peu près normale.

30 *mars*. — On applique un appareil plâtré sur la jambe gauche.

31 *mars*. — La saillie osseuse du cou-de-pied est complétement à découvert; l'os est de couleur noirâtre et paraît complétement mortifié ; il jouit d'une très-grande mobilité. En explorant cette saillie avec le doigt, on reconnaît qu'on a affaire à l'extrémité articulaire du tibia. On en pratique l'extraction avec une pince ; on retire un fragment d'os de 9 centimètres de longueur un peu taillé en biseau à son extrémité supérieure, mais qui comprend en bas toute l'épaisseur du tibia et toute la surface articulaire, sauf la malléole interne.

1er *avril*. — Le malade souffre dans les mouvements qu'on imprime au pied pour les pansements ; on lui applique un appareil plâtré de ce côté, qui laisse à découvert toute la partie antérieure de la jambe et la plaie.

A partir de ce moment, l'état général est excellent, l'appétit est complétement revenu ; il n'y a plus de fièvre.

27 *mai*. — La plaie est complétement cicatrisée : l'os s'est reformé à la place de l'extrémité du tibia enlevée, et la jambe est complétement

solide. Quelques jours après, le 3 juin, on enlève l'appareil plâtré de la jambe droite.

A gauche, la consolidation n'est pas encore complète; on est obligé d'appliquer un nouvel appareil qui n'est enlevé que le 1er juillet : à ce moment, il n'y a plus de mobilité anormale.

La mensuration, pratiquée sur les deux jambes, donne un raccourcissement de 3 centimètres 1/2 sur la jambe droite. Le tibia se continue jusqu'au niveau de l'interligne articulaire. Cette extrémité de nouvelle formation est très-solide et au moins aussi volumineuse que le tibia normal, et tout à fait en bas on remarque une sorte de saillie qui simule une malléole interne. Enfin, en prenant le pied d'une main et fixant la jambe de l'autre, on peut imprimer au pied quelques légers mouvements d'extension et de flexion au niveau du cou-de-pied.

A l'état de repos au lit, le pied avait de la tendance à se mettre dans l'extension exagérée, entraîné par son propre poids. M. Anger fit alors appliquer sous le pied une bande de caoutchouc dont l'anse embrassait la plante du pied, et dont les extrémités étaient fixées à une ceinture. De cette façon, le pied se trouvait relevé sur la jambe.

Nous avons dit que la plaie articulaire s'était cicatrisée à la fin de mai. Depuis ce moment, le malade a eu assez souvent à l'extrémité inférieure de la jambe une ou deux petites ulcérations épidermiques qui se sont plusieurs fois fermées, mais qui se reproduisaient avec facilité. Ces petites ulcérations n'entravent d'ailleurs en rien les fonctions du membre, et quand le malade sort de l'infirmerie, le 23 août, ses membres inférieurs sont assez solides pour lui permettre de marcher en s'appuyant sur une chaise qu'il pousse devant lui, ou dans un charriot d'ataxique.

Remarques. — Le malade se sent plus fort de la jambe droite que de la jambe gauche, et c'est sur la jambe droite qu'il prend de préférence son point d'appui.

A la fin du mois d'octobre, le malade marche avec la seule assistance d'une canne.

Je ne désire ajouter que quelques mots à cette observation, qui se rapportent aux faits dont M. Verneuil nous a parlé dans la séance précédente.

Le pied avait une tendance manifeste à l'équinisme, et j'ai pu, en appliquant une bande en caoutchouc, relever le pied et empêcher cette déformation d'arriver à un degré très-avancé.

Il a fallu continuer avec persévérance l'emploi de ce procédé pour guérir mon malade qui présente, aujourd'hui, une ankylose de l'articulation tibio-tarsienne, mais les mouvements, survenus dans les articulations voisines, suppléent au jeu de cette articulation.

Je crois que l'emploi de la bande en caoutchouc suffirait pour corriger cette déformation et permettrait d'éviter la section des tendons que propose M. Verneuil. Je suis peu disposé à faire la

section des tendons, car, ainsi que je l'ai dit, je craindrais de voir survenir des phlegmons ; mais, de plus, ne pourrait-il pas y avoir de l'atrophie musculaire, ainsi que nous le voyons dans le pied bot, après la section du tendon d'Achille.

M. Verneuil. Le fait de M. Anger n'a aucun rapport avec ceux dont j'ai parlé ; je n'ai nullement proposé de sectionner les fléchisseurs et les extenseurs ; j'ai parlé de sectionner les muscles latéraux, lorsque les muscles antagonistes étaient déchirés.

Je ne crois pas que le caoutchouc puisse avoir une action suffisante pour empêcher la déformation en dedans ou en dehors, et, en admettant même qu'on obtienne un résultat, il faudrait le continuer pendant un temps fort long, car j'ai un malade opéré depuis un an, dont la déviation fait encore des progrès.

Je répondrai à M. Anger que la section d'un tendon ne peut nullement amener un phlegmon, qui serait beaucoup plus à craindre par le dégât qu'occasionne la résection. Quant à l'atrophie musculaire qui se constate dans les pieds bots opérés, elle existe toujours avant la section.

Le fait de M. Anger prouve seulement que lorsque tous les tendons sont conservés, il n'y a pas de déviation latérale, et que l'action du caoutchouc est suffisante pour lutter contre l'équinisme.

M. Desprès. Je ferai observer que le malade de M. Anger présente un certain degré d'équinisme qu'il contrebalance par une légère flexion de la jambe. Ce fait prouve, ainsi que je l'ai dit, que, dans toute fracture grave de jambe, il y a forcément de l'équinisme.

M. Anger. S'il y a de l'équinisme chez mon opéré, il existe à un degré bien faible, car cet homme peut poser le pied à plat et porter un poids très-lourd.

M. le Président annonce que M. le professeur Michel, de Nancy, et M. le Dr Drouineau, de La Rochelle, membres correspondants, assistent à la séance.

Communication manuscrite.

M. le Secrétaire général donne lecture, au nom de M. Paquet, de Lille, membre correspondant, d'une observation intitulée :

Sarcome fasciculé de la paume de la main gauche. — Extirpation. — Guérison.

Les tumeurs originaires des parties molles de la région palmaire sont rares; le diagnostic en est parfois très-dificile; le traitement donne lieu à des indications variées,suivant les conditions d'origine de la production morbide, et les rapports qu'elle affecte avec les vaisseaux, les nerfs et les tendons.

Les tumeurs sarcomateuses, en particulier, offrent des variétés intéressantes : on leur assigne pour point de départ le derme, le tissu cellulaire sous-cutané, et le tissu profond des gaînes intermusculaires et des espaces interosseux (Polaillon, *Dict. encycl.*, article MAIN, p. 131). — Mais, dans les observations publiées, il n'est pas fait mention de l'aponévrose palmaire moyenne comme point de départ exclusif de la tumeur : à cet égard, comme à quelques autres points de vue, l'histoire clinique que je vais rapporter me paraît offrir de l'intérêt.

OBSERVATION. — Le 22 septembre dernier, madame Césarine Toussaint, âgée de 28 ans, domiciliée à Lille, rue Charles-Quint, nº 22, vint me consulter pour une tumeur de la région palmaire gauche, dont elle faisait remonter le début à l'âge de 12 ans. Sans cause connue, elle vit apparaître à cette époque, au milieu de l'espace compris entre les lignes supérieure et moyenne de l'M palmaire, une grosseur qui prit peu à peu le volume d'un petit pois, mobile, indolente par elle-même, mais devenant sous l'influence d'une pression un peu forte, le siége de douleur obtuse accompagnée d'engourdissement des doigts. Depuis 2 ans la tumeur subit un accroissement graduel; elle a maintenant le volume d'une grosse noix ; sa forme est celle d'un ovoïde un peu applati ; elle mesure d'avant en arrière, en suivant sa convexité, 5 centimètres, et 4 cent. 1/2 dans le sens transversal. Elle est sous cutanée, la peau qui la recouvre est lisse, amincie par distension, et offre un développement veineux assez prononcé : elle glisse parfaitement sur la tumeur. Cette dernière est uniformément arrondie, légèrement bosselée, d'une dureté élastique, ne présentant aucun point fluctuant ; la pression n'y détermine pas de douleur, mais bien des sensations pénibles d'engourdissement qui se propage dans plusieurs doigts, et notamment dans le médius. La gène des mouvements produits par cet engourdissement est assez prononcée pour que la malade ait dû cesser son métier de fileuse de lin, et même tout travail de ménage. Les tendons glissent parfaitement sous la tumeur, et dans les mouvements que l'on fait effectuer aux doigts, celle-ci reste parfaitement immobile.

Ces caractères concordaient avec l'existence d'une tumeur solide développée dans les couches superficielles des parties molles de la paume de la main ; mais aucun d'eux n'était assez tranché pour donner une appréciation vraie de la texture de la tumeur ; l'enchondrome

paraissait devoir être écarté, non-seulement par les caractères extérieurs de la tumeur, mais encore à cause de son siége; il ne pouvait être question d'un lipome, puisque la peau avait subi des modifications d'aspect, que la tumeur était très-dure et ne présentait en aucun point ni fausse fluctuation, ni cette forme particulière de crépitation qui a été signalée dans plusieurs cas de lipome de la paume de la main. D'autre part, la lenteur de la marche et la mobilité de la peau faisaient exclure l'idée d'un cancer : dès lors, il ne me restait à hésiter qu'entre une tumeur fibreuse, et l'une des variétés de tumeurs sarcomateuses et fibroplastiques. Restreint dans ces limites, le diagnostic me paraissait suffisamment établi, pour guider l'intervention chirurgicale : l'extirpation était indiquée; je la pratiquai le 26 septembre.

La peau de la région palmaire fut insensibilisée avec un mélange réfrigérant : une incision elliptique à grand axe antéro-postérieur, comprenant entre ses branches le tiers de la peau qui recouvrait la tumeur, divisa la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; au-dessous, je rencontrai une capsule fibreuse qui entourait la tumeur : celle-ci fut énucléée avec la spatule et les doigts de toute part, sauf en un point qui occupait le centre de la face profonde; là, se trouvait une sorte de pédicule très-court, prenant point d'implantation sur l'aponévrose palmaire moyenne; une ligature fut placée sur ce pédicule et j'enlevai la tumeur. Un léger écoulement de sang en nappe fut arrêté par une compression de quelques instants avec une éponge imbibée d'eau glacée. J'aperçus alors dans le fond de la plaie, tout autour du pédicule, la surface nacrée de l'aponévrose palmaire moyenne; pour m'assurer si le pédicule ne plongeait pas dans les parties sous-jacentes, je fis pénétrer sous l'aponévrose un stylet fin, que je pus faire circuler librement contre la face profonde de l'aponévrose, au-dessous du point d'implantation du pédicule : il était dès lors évident que l'origine de la tumeur était bien dans le tissu même de l'aponévrose. Pour me mettre plus sûrement à l'abri d'une récidive, je disséquai le pédicule, en enlevant à son niveau la plus grande partie de l'épaisseur de l'aponévrose : une artériole sectionnée fut tordue, et je rapprochai les lèvres de l'incision cutanée avec trois petites bandelettes agglutinatives.

J'avais eu le soin, avant l'opération, de mouler la main avec une plaque de gutta-percha; sur ce moule qui accompagne l'observation, apparaissait en saillie la tumeur; en retranchant avec un canif toute cette saillie et les points environnants dans l'étendue de 2 centimètres environ, j'obtins un appareil amovo-inamovible fenêtré, pouvant supprimer tous les mouvements des articulations du poignet et des doigts. De la charpie imbibée d'une solution phéniquée alcoolisée fut placée dans la fenêtre de la gouttière moulée, et le tout fut assujetti par une bande : ce pansement fut renouvelé 4 fois, et 15 jours après l'opération, la cicatrisation était parfaite.

Examen de la tumeur. — La tumeur pèse 22 grammes à l'état frais : son diamètre longitudinal est de 4 centimètres, et le diamètre trans-

versal de 3 cent. 1/2 ; elle a la forme d'un ovoïde un peu applati à sa face inférieure ; elle est recouverte par une capsule fibreuse, intacte dans tous ses points, sauf à l'endroit qui correspondait au pédicule. Sa coupe est mamelonnée, comme si la tumeur se composait de petites masses isolées, réunies entre elles par des tractus d'apparence fibreuse. Au microscope, la tumeur se résout en tissu sarcomateux à différents degrés de développement : la périphérie des petites masses est formée par du tissu embryonnaire ; partout ailleurs, on voit des corps fusiformes ou cellules fibro-plastiques, qui sont beaucoup plus grands et disposés en traînées fasciculées autour des petites masses dont l'ensemble constitue la tumeur. Dans les points où le tissu est encore à l'état embryonnaire, on remarque un certain nombre de plaques à noyaux multiples, cellules gigantesques ou myéloplaxes ; la présence de ces éléments est loin d'être caractéristique dans une tumeur ; on sait que le myéloplaxe se retrouve comme élément accessoire dans un grand nombre de tissus normaux et pathologiques.

Les vaisseaux de la tumeur, assez nombreux, offrent une paroi mince qui présente, dans un grand nombre de points, des dilatations ou ectasies, notamment à la périphérie des masses lobulées.

En résumé, la tumeur doit être rangée parmi celles que l'on a désignées sous le nom de sarcome fasciculé.

Les suites de l'opération furent très-simples : absence totale de réaction générale et locale; 15 jours après l'opération, la malade reprenait les travaux du ménage.

Réflexions. — Je ne retracerai pas l'abrégé des observations rares de tumeurs sarcomateuses des parties molles de la paume de la main ; je ferai seulement remarquer que dans l'aperçu qu'en donnent M. Polaillon (*loco citato*) et M. Gross, de Nancy (*Société de chirurgie*, séance du 17 avril 1878), il n'est pas fait mention de tumeurs semblables ayant leur origine dans l'épaisseur de l'aponévrose palmaire moyenne.

J'attribue la guérison rapide à l'immobilisation parfaite de la main dans une gouttière moulée, et au pansement antiseptique.

La gouttière moulée me paraît être le meilleur moyen d'immobiliser d'une manière absolue les articulations du poignet et des doigts ; dans toutes les opérations que l'on pratique sur la main, son emploi est indiqué ; il en est de même dans le traitement des plaies artérielles de cette région, et je crois que les insuccès de la compression et la fréquence des hémorrhagies consécutives pourraient être en grande partie évités par une immobilisation parfaite. La large fenêtre que l'on retrouve sur un des moules qui accompagnent cette observation, nous a permis de renouveler le pansement avec la plus grande facilité, et sans imprimer le moindre mouvement à la plaie ou aux parties voisines.

Qu'adviendra-t-il de la malade ? La récidive se produira-t-elle ?

A cet égard, il est impossible de rien affirmer ; je ferai seulement remarquer que j'ai pris toutes les précautions pour me mettre à l'abri de la récidive, et qu'après la dissection du point d'implantation, la surface m'a paru parfaitement nette. J'ai d'ailleurs noté, dans le cours de l'observation, que la face profonde de l'aponévrose palmaire moyenne était complétement libre, et qu'un stylet avait été promené sous cette face, sans donner l'indice de la moindre inégalité. On m'objectera peut-être que cette manœuvre était téméraire, et que je m'exposais ainsi à provoquer le développement d'un phlegmon sous-aponévrotique : mais j'ai une si grande confiance dans les effets préventifs et curatifs de l'immobilisation par moulage combiné avec l'emploi des antiseptiques, que je n'ai pas hésité à recourir à cette manœuvre du stylet en présence du grand avantage que me donnait la certitude du diagnostic du point d'implantation de la tumeur.

Rapport.

M. Le Dentu fait un rapport verbal sur une observation qui a été lue par M. Terrillon, candidat à une place de membre titulaire.

Cette observation porte le titre de : *Extraction d'une balle de revolver, située profondément dans le rocher où elle séjournait depuis 4 mois 1/2 sans provoquer d'accidents, mais entretenant une fistule à écoulement fétide.— Guérison.*

Après avoir signalé le service que l'exploration électrique a rendu dans ce cas, puisqu'elle a permis de préciser la position du projectile, situé très-profondément, et les difficultés que l'extraction de la balle a présenté, M. le Rapporteur propose :

1° De remercier M. Terrillon ;

2° De publier un résumé de l'observation.

Discussion.

M. Desprès. A propos de l'intéressante observation de M. Terrillon, je désirerais poser une question à mes collègues. On trouve émise, dans tous les traités de chirurgie, l'opinion qu'une balle peut ressortir par l'orifice d'entrée. Je voudrais demander à mes collègues s'ils croient que ce fait se représente souvent. Pour moi je ne le crois pas ; j'ai vu ce résultat pour des balles entrées superficiellement avec un tout petit trajet oblique, mais pour une balle entrée directement et assez profondément je ne puis pas l'admettre.

Je me souviens que cette opinion avait été soutenue au moment de la blessure de Garibaldi, où l'on croyait, parce qu'on ne sentait

pas la balle, qu'elle avait dû ressortir par le seul orifice que l'on constatait.

M. Le Dentu. Je crois pouvoir répondre à M. Desprès que ces faits doivent être rares mais que je ne les crois pas impossibles, ainsi que j'ai pu le constater. A la fin de la guerre, je fus appelé auprès d'un blessé qui avait reçu un coup de feu dans l'épaule droite. Il existait un vaste foyer de suppuration que je crus nécessaire d'inciser. Il n'y avait qu'un trou ; aussi, ayant la même opinion que M. Desprès, je croyais que la balle devait être logée dans un des points du foyer de suppuration, je fis une large incision et, malgré une recherche attentive, je ne pus découvrir le projectile.

M. Tillaux. Je dirai à M. Desprès que j'ai observé deux faits qui ne me permettent pas de douter qu'une balle, même entrée profondément, ne puisse ressortir par l'orifice d'entrée.

Dans le premier cas, le blessé avait reçu la balle dans la cuisse, j'explorai avec soin le trajet et je ne pus rien découvrir ; je fis apporter le pantalon et je pus constater qu'il n'y avait pas de trou au pantalon, il n'est donc pas douteux qu'on avait fait sortir la balle en retirant le pantalon qui s'était laissé déprimer en doigt de gant.

Dans le deuxième cas, que j'ai observé avec un de nos confrères, le Dr Témoin, je vis le blessé un mois après l'accident. La blessure siégeait à l'épaule. Je crus nécessaire de faire la résection de la tête humérale, sur laquelle j'arrivai par une incision verticale pratiquée au niveau de la seule plaie qui existait à la région externe.

J'étais tellement persuadé que je devais trouver la balle dans la tête humérale, qu'avant de panser le blessé, je fis la coupe de l'humérus. A mon grand étonnement je ne trouvai rien ; je fis alors, avec le doigt, l'exploration de toute la cavité et je ne pus rien découvrir.

Le malade guérit parfaitement, il se sert de son bras.

Il n'y avait encore qu'un seul orifice et, après l'exploration attentive que je fis de la région, je suis persuadé que la balle avait dû sortir par l'orifice d'entrée, grâce au mécanisme dont j'ai parlé.

M. Desprès. Je suis disposé à ne considérer, comme hors de doute, que le premier fait de M. Tillaux ; et je crois que lorsqu'une balle a pénétré directement et assez profondément pour atteindre un os, elle ne peut pas ressortir directement et que, si on ne peut pas reconnaître sa présence, cela tient à ce qu'elle a été se loger trop profondément.

J'ai vu, à Sedan, un soldat atteint par une balle à deux travers de doigt au-dessus de la fourchette sternale. Il n'y avait qu'un trou

et l'examen, fait avec grand soin, ne permit pas de découvrir la balle ; aussi crut-on qu'elle était sortie par son orifice d'entrée. 9 jours après, le malade sentit un corps dur au niveau de l'apophyse xiphoïde, c'était la balle qui, ayant traversé l'aponévrose cervicale, avait glissé derrière le sternum.

(Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.)

OBSERVATION.

M. X..., âgé de 32 ans, vint me consulter le 21 septembre, me demandant de le débarrasser d'une fistule qu'il avait depuis 4 mois 1/2 à l'entrée du conduit auditif. Cette fistule était entretenue, disait-il, par la présence d'une balle qui avait pénétré dans le rocher et n'avait pas été extraite.

Voici du reste les renseignements qu'il me donna sur cette accident :

Il avait reçu, le 24 avril 1878, 4 mois 1/2 auparavant, une balle de revolver de poche de 6 millimètres environ, presque à bout portant, le canon de l'arme était dirigé vers l'ouverture de l'oreille.

La douleur fut très-vive, l'hémorragie assez abondante ; mais il ne perdit pas connaissance.

Les jours suivants survint un gonflement considérable de la région de l'oreille et des régions voisines ; les phénomènes inflammatoires furent assez violents, mais sans s'accompagner de phénomènes cérébraux appréciables.

Bientôt, tout se calma et il ne lui restait, comme phénomènes spéciaux et appréciables, que la présence d'une fistule à l'entrée du conduit auditif, du côté droit, donnant abondamment du pus séreux et fétide, et une surdité absolue de ce côté.

Incommodé par ces deux symptômes, et craignant l'apparition d'accidents plus graves dont on l'avait prévenu, il désirait être débarrassé de cette balle s'il était possible.

Voici les détails de l'examen que je fis lors de sa première visite :

La fistule occupait la partie supérieure de l'entrée du conduit auditif externe, elle était masquée par la présence d'un ou deux bourgeons saillants. La pression dans son voisinage faisait sortir quelques gouttes de pus séreux, odorant.

Le gonflement qui existait autour de l'orifice empêchait d'explorer le conduit auditif et la membrane du tympan.

La région mastoïdienne paraissait absolument intacte quel que fût le mode d'exploration. On provoquait une légère douleur par une forte pression, dans le sillon qui séparait cette région du pavillon de l'oreille.

L'exploration de l'ouïe faite avec soin au moyen de la montre indiquait l'abolition presque absolue de ce sens, même en appliquant la montre sur le crâne, ou du moins la perception était-elle doulourense.

J'explorai avec un stylet l'orifice de la fistule, mais sans pénétrer à plus de un centimètre, craignant en allant profondément de produire quelque désordre. J'espérais obtenir les renseignements sur la pré-

sence et la position du projectile avec un instrument agissant d'une façon plus précise, c'est-à-dire avec l'explorateur électrique de M. Trouvé.

J'introduisis le stylet creux, muni de son mandrin mousse, dans la fistule et sans exercer de pression, je m'arrêtai sur la première partie dure que je rencontrai. L'explorateur électrique ayant ensuite remplacé le mandrin, nous pûmes constater que nous avions atteint une partie osseuse, dénudée, rugueuse, car la sonnerie électrique ne donnait aucun signe.

Ayant fait une, puis deux tentatives analogues, j'eus la satisfaction de constater nettement, au moyen de la sonnerie, la présence de la balle.

Elle était située plus profondément que la partie osseuse dure, primitivement constatée.

La profondeur à laquelle se trouvait la balle était de 2 centimètres 1/2 à partir de l'orifice de la fistule. En comptant un peu plus d'un centimètre pour l'épaisseur des parties molles tuméfiées à ce niveau, je pensai que la balle se trouvait à 12 millimètres environ de la surface osseuse,

Il était certain *à priori*, que la position de la balle était telle que sa partie postérieure était bien voisine de la surface osseuse limitant en dedans le temporal. L'exploration ainsi faite m'avait indiqué non-seulement la profondeur à laquelle était la balle, mais aussi sa direction. Celle-ci était telle qu'une tige passant par l'orifice de la fistule aurait perforé le crâne en arrière du pavillon de l'oreille du côté opposé et à deux travers de doigts environ au-dessus du plan horizontal passant par l'orifice fistuleux.

Le trajet était donc oblique en arrière et en haut.

En examinant sur un rocher préparé la disposition probable de la fistule osseuse, je pensai que la balle devait être située en arrière mais dans le voisinage du limaçon, très-près de la lame osseuse interne, et très-près aussi du sinus latéral vertical.

Tout ceci étant bien reconnu, je me proposai de faire une tentative d'extraction au moyen d'appareils spéciaux pouvant fixer le projectile à *coup sûr*, sans exercer sur lui aucune pression. Jugeant alors du degré de mobilité de la balle, j'avais l'intention de l'enlever par ce moyen, s'il était possible, ou de faire une opération spéciale, consistant dans l'élargissement de la fistule osseuse.

22 *septembre*. — Je pus fixer la balle au moyen d'un instrument spécial inventé par M. Trouvé. Cet instrument muni d'un double pas de vis fixé à l'extrémité d'une tige, peut être introduit à la place du stylet électrique et pénètre facilement dans le plomb.

Une première, puis une seconde tentative, nous montra que l'instrument solidement fixé dans la balle n'imprimait à cette dernière aucun mouvement. Le projectile était donc tellement fixé que l'emploi du trépan était indispensable pour l'extraire.

L'opération fut pratiquée le 27 septembre avec le concours obligeant de mon collègue le Dr Terrier et de M. Trouvé.

Le malade fut chloroformé. Je fis alors une incision dans le sillon qui sépare le pavillon de l'oreille de la région mastoïdienne, et décollai, de façon à rabattre l'oreille en avant, le périoste au niveau de l'orifice osseux, de façon à mettre ce dernier largement à nu.

Ayant ainsi sous les yeux l'orifice osseux, nous pûmes au moyen de l'appareil électrique vérifier la profondeur exacte de la balle ; elle était située à 12 millimètres de profondeur.

J'avais eu soin de me munir d'un rocher préparé. Il nous fut facile en comparant la direction et la profondeur à laquelle se trouvait le projectile, de prévoir à peu près la place occupée par ce dernier. Il devait se trouver au niveau de la partie supérieure du limaçon et très-près de la lamelle osseuse qui forme la limite interne de la boîte crânienne. Il était donc possible d'aller à la recherche de la balle en respectant la partie supérieure du trajet, et aussi la partie supérieure et intérieure, à cause du voisinage de la dure-mère et des sinus.

J'essayai d'abord d'agrandir l'orifice externe de la fistule osseuse avec un instrument coupant, mais l'os à ce niveau est d'une résistance telle, qu'il me fut impossible de l'entamer.

J'appliquai donc deux petites couronnes de trépan empiétant sur l'orifice un peu en arrière et en bas.

La partie osseuse la plus dure était ainsi enlevée. Il fut facile d'agrandir l'orifice en grattant de proche en proche et d'arriver ainsi au fond de l'entonnoir ainsi disposé jusque sur la balle que nous pûmes bientôt distinguer facilement.

Plusieurs fois nous essayâmes de la saisir avec des pinces, ce qui était facile grâce à une dépression creusée à son centre par les fixateurs de M. Trouvé. Mais chaque fois nous pûmes constater que la balle, solidement fixée, semblait faire corps avec l'os et ne subissait aucun déplacement.

Continuant donc de la dégager, j'arrivai bientôt jusqu'à l'équateur de cette petite masse de plomb; la saisissant alors avec un tire-balle solide et l'ébranlant légèrement, elle fut extirpée en totalité.

En regardant cette balle dont la surface est couverte d'aspérités qui devaient être incrustées dans des dépressions analogues de l'os, on comprend pourquoi elle était fixée si solidement et résistait à mes efforts.

La fond de la plaie osseuse était située à 15 ou 16 millimètres de l'orifice, on pouvait donc affirmer qu'une pellicule osseuse extrêmement mince la séparait de la dure-mère. Cette couche existait réellement, d'après la constation que je pus faire avec un stylet, mais en employant la plus grande douceur.

L'opération était donc terminée selon nos désirs, elle avait duré près de 2 heures.

Depuis ce jour le malade n'a éprouvé ni douleur de tête, ni symptômes dignes d'être notés.

7 *novembre*. — La plaie extérieure est cicatrisée.

La fistule qui donnait dans le conduit auditif est oblitérée.

L'ouïe n'a pas reparu, et le bruit de la montre appliquée sur la région

même, n'est pas perçu ou du moins très-faiblement et par intervalles. Aussi je crois que le malade entend surtout par l'autre oreille, car il ne peut affirmer que c'est l'oreille malade qui perçoit les bruits.

Le malade a quitté Paris pour retourner en province.

Plusieurs raisons principales m'ont encouragé à vous présenter cette observation :

1° Malgré l'absence d'accidents cérébraux immédiats, je n'ai pas hésité à pratiquer l'ablation de ce projectile. La présence d'une fistule permanente et fétide constituait pour moi le meilleur signe pour le pronostic. Elle indiquait que le rocher était le siége d'une altération continue qui devait fatalement amener une lésion plus profonde capable d'atteindre les méninges.

Or, toutes les observations que j'ai pu recueillir sur ce sujet indiquent nettement que toujours la présence d'un projectile dans l'épaisseur du rocher, entretenant une fistule permanente, a été une cause de mort.

La méningite, la méningo-encéphalite par propagation, les abcès du cervelet, survenant ici comme dans le cas de caries communes du rocher, telles ont été les causes de la mort.

Aussi tous les auteurs qui se sont occupés de cette question: Larrey, Dupuytren ont toujours conseillé l'opération qui seule a pu sauver les malades. En effet, l'ablation du projectile pratiquée avant l'apparition des phénomènes cérébraux a presque toujours réussi. M. le Dr Boullet, dans une thèse récente (*Plaies et fractures de la portion mastoïdienne du temporal*, 1878) est arrivé aux mêmes conclusions.

2° Le long espace de temps écoulé depuis l'accident n'était pas une contre-indication, car les accidents mortels ont pu survenir quelques semaines au moins et même une année après l'entrée du projectile. Le pronostic était donc très-grave.

3° Je signalerai aussi ce fait intéressant, que dans aucune des observations que j'ai examinées, je n'ai trouvé signalée, une aussi grande profondeur pour le siége de projectile, au moins pour les balles. Il est vrai que la balle avait pénétré au niveau de la partie la plus épaisse du rocher ; mais cependant la profondeur était telle qu'on pouvait craindre de perforer le crâne, ou d'atteindre la dure-mère ou un des sinus en allant à la recherche du projectile Ce n'est donc qu'après avoir examiné avec soin la position probable de la balle et les chances de réussite que donnait cette position, que j'ai entrepris de l'enlever.

4° Enfin, je ferai remarquer combien l'instrument de M. Trouvé est utile dans ces cas pour reconnaître exactement la direction et la profondeur de la balle, le simple stylet ne servant nullement à cette recherche, car la sensation d'une partie osseuse dénudée est la même ou à peu près, que celle donnée par la balle ; aussi l'erreur est toujours faite, ainsi que le prouvent les explorations que j'ai indiquées. Le fixateur lui-même peut être très-utile, quand la balle est mobile et peut être extraite directement.

Lectures.

I°

M. Pilate, d'Orléans, lit une observation intitulée : *Calcul vésical. Taille vésicco-vaginale. Suture immédiate. Guérison.*

(*Commission :* MM. Lucas-Championnière, Lannelongue et Delens, rapporteur.)

II°

M. Semée, de Saint-Sever, lit une observation intitulée : *Étranglement partiel de l'intestin. — Présence d'un ganglion au devant du sac. — Kélotomie. — Guérison.*

(*Commission :* MM. Trélat, Panas, Anger, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
Horteloup.

Séance du 6 novembre.

Présidence de M. F. Guyon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine, le *Bulletin de l'Académie de médecine*, le *Bulletin général de thérapeutique*, les *Archives générales de médecine*, les *Bulletins de la Société de chirurgie* pour les mois d'août, septembre et octobre.

2° L'*Union médicale du Nord-Est*, la *Gazette médicale de Strasbourg*, le *Lyon médical*, la *Revue scientifique de la France et de l'Étranger*, le *Marseille médical*, le *Journal des sciences médicales de Lille*, le *Journal de médecine de Caen et du Calvados.*.

3° *Centralblatt für Chirurgie*, la *Gazette médicale Italienne-Lombarde*, the *British medical Journal.*

4° *Étude historique et clinique sur la trépanation du crâne*, par M. Lucas-Championnière.

Rapport.

M. Delens fait un rapport verbal sur une observation présentée par M. Pozzi, chirurgien des hôpitaux, et intitulée : *Procédé pour*

favoriser la dissection et l'ablation totale de certains kystes à contenu liquide ou demi-liquide.

Après avoir exposé le manuel opératoire, M. Delens fait observer que ce procédé ne peut être considéré que comme un procédé d'exception, mais qui peut rendre service dans quelques cas particuliers, aussi M. le Rapporteur propose-t-il :

1° D'adresser des remerciements à M. Pozzi,

2° De publier son observation.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

OBSERVATION.

L'ablation totale d'une poche kystique paraît souvent nécessaire au chirurgien : il est même des cas où ce traitement est le seul rationnel, par exemple dans les kystes dermoïdes, où on sait combien il est difficile de mener à bien une pareille dissection sans qu'une piqûre ou un éraillure de la poche ne permette à son contenu fluide de s'écouler. Au lieu d'une masse résistante offrant de la prise au scalpel et à la pince, l'opérateur se trouve alors en présence d'une membrane flasque qu'il ne peut séparer des parties voisines qu'au prix de la plus minutieuse attention. Bienheureux lorsqu'il n'en laisse pas quelques parcelles qui deviennent l'origine d'une suppuration éliminatrice très-longue ou même d'une fistule interminable (kystes dermoïdes).

Déjà M. Ch. Sarrazin, pour faciliter la dissection de certains trajets fistuleux a employé une bougie emplastique dont la résistance peut servir de guide. (Article Cou du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, t. IX, p. 662. — 1869.)

Le procédé que je propose pour l'ablation complète de certains kystes, peut être rapproché du précédent : l'idée qui les a fait naître tous deux est assurément la même.

Qu'il me soit permis, avant d'aller plus loin, de faire une remarque. Je n'entends nullement aborder la question générale du traitement des kystes et rechercher si l'extirpation totale ne peut pas ordinairement être évitée.

Il ne me paraît pas douteux que les cas où l'extirpation de la poche doit être préférée à de simples tentatives de modification de ses parois, sont des cas exceptionnels. Mais ceux-ci se présentent encore assez souvent pour qu'un procédé simple et commode ne soit pas, me semble-t-il, à dédaigner. En un mot, je ne traite nullement des *indications*, mais seulement du *manuel opératoire.*

Voici le procédé que je recommande :

1° *Ponction de la poche.* — Évacuation du contenu liquide ou demi-liquide.

2° *Injection de blanc de baleine fondu au bain-marie.* — Cette substance qu'on est obligé de porter à environ 50° pour la fondre complétement reste ensuite liquide jusqu'à 44°. A cette température on peut en supporter le contact sans la moindre douleur. Du reste, pour abaisser le point de fusion (ce que je crois inutile) on n'aurait qu'à y ajou-

ter une très-petite quantité de suif, ce qui altère à peine sa consistance.

3° Application sur la région pendant quelques minutes (5 à 10) d'abord de glace pilée, puis de glace pilée mélangée à du sel marin (parties égales).

4° Cette petite opération préliminaire effectuée (elle durera toujours moins d'un quart d'heure) on procède à la dissection du kyste, dont la poche exactement distendue fait corps avec le blanc de baleine. Le tout est transformé en une masse parfaitement dure et résistante dont l'énucléation se fait très-facilement partout où le kyste n'offre pas d'adhérences fibrillaires avec les parties voisines. Or sa face profonde, dans la plupart des cas, en sera dépourvue. Du reste, dans les points où ces adhérences existent, la dissection n'offre plus de difficulté véritable. On est assuré de faire l'ablation *rapide* et *totale*, et sans pour cela avoir augmenté les douleurs du patient. En effet, l'injection de liquide à 44 ou 45° est absolument indolore. Mais il y a plus, la réfrigération qui est nécessaire pour amener sa coagulation procure du même coup l'anesthésie des téguments. Enfin l'opération étant beaucoup plus facile se fait beaucoup plus rapidement.

J'ai passé sous silence certaines particularités sur lesquelles je crois à peine utile de revenir : telle est la nécessité de faire préalablement passer dans la seringue de l'eau chaude afin d'éviter que le blanc de baleine ne s'y coagule ; l'utilité de se servir d'un trocart à robinet comme le sont la plupart des trocarts à hydrocèles (on peut laisser le trocart en place jusqu'après l'ablation du kyste) ; l'avantage de graduer l'intensité de la refrigération pour que son action puisse être un peu plus longtemps continuée et agisse par suite plus profondément, etc.

Je ne saurais non plus essayer de désigner les cas où ce procédé sera particulièrement applicable. Il va sans dire qu'il s'adresse à peu près exclusivement aux kystes de petit volume et superficiels. A ce titre les kystes dermoïdes, certains hygromas chroniques, les kystes récidivants des grandes lèvres, de la mamelle, etc., se présentent naturellement à l'esprit.

Jusqu'à ce jour je ne l'ai mis en usage qu'une fois, pour un hygroma prérotulien chronique. Je place *la pièce* sous les yeux de la Société ; on peut voir que la poche a été enlevée en totalité avec la matière solide qui la distend et sur laquelle elle est étalée.

Voici l'observation, sommairement rédigée, car tous les détails de quelque intérêt pour le procédé ont déjà été exposés.

Obs. — Brulé (Clémence), âgée de 22 ans, domestique, entre le 10 août 1878 dans la salle Sainte-Jeanne, n° 14, hôpital Lariboisière, service de M. Labbé suppléé par M. Pozzi.

Il y a 4 mois qu'elle s'est aperçue de la tuméfaction de son genou gauche. Aucun symptôme inflammatoire, mais accroissement progressif, malgré des applications répétées de teinture d'iode et de pommade iodurée.

La tumeur, grosse comme une orange, est manifestement un hygroma prérotulien. Elle est résistante au toucher, n'offre pas de transpa-

rence et, en somme, paraît constituée par une poche assez épaisse.

Le 16 août, je procède à l'opération suivant le mode qui vient d'être décrit. L'injection de blanc de baleine liquide ne provoque aucune douleur (on pouvait du reste y maintenir le doigt sans en être incommodé). L'application de la glace pilée est faite pendant 3 minutes, celle du mélange de glace et de sel pendant 5 minutes. Au bout de ce temps la peau est blanche, exsangue et tout à fait anesthésiée. Incision cruciale. La dissection du tégument est faite au bistouri. La tumeur est ensuite détachée des plans profonds avec la spatule ; toute l'opération est remarquablement rapide et facile ; la malade ne souffre que très-modérément, vers la fin.

Les lambeaux de peau sont juxtaposés le plus exactement qu'on peut le faire sans le secours de suture, et le pansement consiste simplement dans l'application d'un gros tampon de ouate perméable phéniquée et d'une bande un peu serrée.

Rien de particulier à noter. Sauf un peu de malaise le lendemain de l'opération, tout a marché régulièrement. Actuellement, un mois après l'opération, il ne reste plus qu'une petite plaie médiocre, tout à fait superficielle et qui sera fermée dans quelques jours.

La Société procède à la nomination des commissions pour le prix Laborie et le prix Duval.

Sont nommés :

Pour le prix Laborie : MM. Verneuil, Giraud-Teulon, Tillaux, Farabeuf et Terrier.

Pour le prix Duval : MM. Marjolin, Delens, M. Sée, Lucas-Championnière et Gillette.

Communication.

M. Verneuil communique une observation intitulée :

Corps étranger du genou. — Taille articulaire. — Pansement antiseptique ouaté. — Guérison avec conservation des mouvements.

Le traitement opératoire des corps étrangers du genou constituait encore il y a 10 ans à peine, un des problèmes les plus épineux de la thérapeutique chirurgicale.

On redoutait avec raison l'extraction directe à ciel ouvert, c'est-à-dire ce qu'on pourrait appeler la *taille articulaire;* on se défiait à bon droit des procédés plus doux de la méthode sous-cutanée, à cause des difficultés d'exécution souvent extrêmes.

Aussi se contentait-on du traitement palliatif, c'est-à-dire des révulsifs aidés de la compression et de l'immobilisation avec des appareils divers.

La méthode antiseptique dans ces derniers temps a tout changé dans le sens le plus favorable, et, entre autres bienfaits, permis de revenir

à peu près impunément à l'extraction directe, qui est sans contredit la plus facile et la plus expéditive de toutes les méthodes. C'est à l'étranger surtout que l'on a suivi la voie nouvelle et vous n'avez pas oublié la communication qui vous a été faite sur ce sujet par un chirurgien distingué de Copenhague, M. le professeur Saxtorph, partisan décidé du pansement de Lister.

J'avais fait écrire à un de mes élèves une thèse sur ce sujet, et montré par là combien les essais nouveaux étaient encourageants [1]; mais je n'avais pas encore eu l'occasion de faire la taille articulaire, lorsque dans le courant de cette année se présenta à moi le sujet de l'observation que je vais avoir l'honneur de vous communiquer. Après avoir examiné très-attentivement le cas, pesé le pour et le contre et discuté avec soin les différents moyens curatifs, je me décidai pour l'opération radicale.

Seulement au lieu d'employer le pansement type de Lister, j'eus recours aux précautions antiseptiques pendant l'acte opératoire lui-même, et au simple pansement ouaté dans la suite. J'ai pris sur moi cette modification parce que je considère le pansement ouaté additionné de certaines manœuvres comme aussi efficace que le célèbre pansement listérien et certainement plus accessible à la grande majorité des praticiens.

Observation. — Urbain B..., 31 ans, employé de bureau, entre à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 19, le 17 mai 1878. C'est un garçon de taille élevée, assez bien musclé, très-impressionnable, mais jouissant généralement d'une bonne santé, sauf qu'il est arthritique comme du reste tous les sujets jeunes ou vieux que j'ai vu jusqu'à ce jour atteints de corps étrangers articulaires.

Sa mère a été affectée, il y a 10 ans, d'une attaque de rhumatisme aigu, et lui-même après la guerre de 1871 a souffert d'une arthrite rhumatismale du cou-de-pied qui heureusement a bien guéri.

En décembre 1877, des douleurs survinrent dans le genou droit, d'abord vagues et fugaces, puis plus durables et plus intenses, de façon à rendre de temps en temps la marche impossible.

Plusieurs fois, dans le cours d'une promenade, B... ressentait une souffrance très-vive qui le forçait à s'arrêter. Au reste peu ou pas de gonflement articulaire. En janvier, le patient reconnut lui-même la présence de deux petits corps étrangers; il continua cependant ses occupations, mais au mois de mai, les douleurs s'aggravant, il entra à l'hôpital.

Le genou n'est point déformé ni douloureux au toucher, ni enflammé, ni hydropique. La première exploration fait reconnaître à la partie supérieure et interne une petite tumeur quadrangulaire, lisse, du volume d'une amande sèche, glissant sous la peau et sous les parties profondes, mais sans s'éloigner beaucoup du cul-de-sac de la synoviale. Sous l'influence de certains mouvements que le malade sait exécuter, un

[1] Bernard, *Etude sur les corps étrangers articulaires : application à leur traitement du pansement ouaté et de la méthode antiseptique.* Thèse de Paris, 1877, n° 522.

autre corps, ayant le même caractère que le premier, mais de dimensions plus petites et d'une mobilité plus grande, apparaît à la partie externe et un peu au-dessus du diamètre transversal de la rotule ; ces deux corps sont tout à fait indolents.

Le diagnostic n'offre aucune difficulté ; le traitement seul peut faire naître quelques hésitations. Cependant, considérant l'âge du sujet, l'état de la santé générale, la situation facilement accessible des corps étrangers qui permet une extraction aisée, et confiant surtout dans la puissance de la méthode antiseptique, je me décide pour l'ouverture franche de l'article, et, après les précautions d'usage (bain, purgatif salin, etc.), je me mets en devoir d'y procéder le 22 mai.

Le malade est couché sur le lit d'opération ; je fixe les deux corps étrangers dans des anneaux de clé et je commence la chloroformisation. A ce moment le patient fait un mouvement un peu brusque ; le corps étranger externe disparaît et rentre dans l'articulation. Vainement nous essayons de le faire revenir sous la peau, nous devons y renoncer, et comme je veux faire le tout en une seule séance, je renvoie le malade à son lit.

Pendant 5 jours, impossible de retrouver le corps étranger externe (l'interne n'avait jamais bougé) qui enfin réapparaît le 27. 2 jours après nous renouvellons notre tentative qui, cette fois, est couronnée de succès.

Pour éviter une nouvelle disparition, nous prenons soin, avant que le malade soit endormi, de fixer les deux corps étrangers avec une forte et longue aiguille à acupuncture que nous introduisons perpendiculairement dans la peau de façon à pénétrer dans le corps mobile. Le sommeil obtenu, nous faisons d'abord à la face externe du genou, près de sa jonction avec la face postérieure, une incision de 3 centimètres parallèle à l'axe du membre et qui répond plus au fémur qu'au tibia. Après avoir divisé la peau, l'aponévrose, et une membrane qui semble être la synoviale, on aperçoit au fond de la plaie un corps dur, blanc, nacré, à surface lisse, que tous les assistants voisins prennent, comme nous-même, pour le corps étranger. J'y implante un tenaculum et tente de l'extraire, mais sans succès. Je cherche également en vain à le dégager en passant autour de lui un instrument mousse. Il n'y avait pas cependant à accuser les adhérences ni le pédicule puisque ce corps était extrêmement mobile et voyageait encore 2 jours avant à travers la jointure. N'arrivant à rien je me décidai à inciser avec la pointe du bistouri la masse blanche en question. A peine l'ouverture eut-elle 1 centimètre que le corps étranger, le vrai cette fois, s'échappa comme un noyau de cerise chassé entre les doigts. Le pseudo-corps n'était autre que la synoviale indurée en un point circonscrit, métamorphosée en tissu fibreux et ayant acquis plus d'un millimètre d'épaisseur.

Je passe alors à l'extraction du corps interne, à l'aide d'une incision un peu plus longue, mesurant 4 centimètres. Nous retrouvons là très-exactement la particularité signalée plus haut : apparition au fond de la plaie cutanée d'une surface blanche, lisse et dure, dont l'incision faite cette fois sans hésiter laissa également s'échapper le corps que je

croyais encore adhérent par un pédicule parce qu'il n'était jamais sorti de sa place.

Je cite ces petits détails pour ceux qui, comme moi, aborderont leur première taille articulaire. Je ne sais si l'induration de la synoviale au niveau du corps étranger est commune ou rare, mais j'affirme qu'elle est extrêmement trompeuse et que plusieurs personnes, y compris deux chirurgiens de profession qui étaient à mes côtés, ont pris le change.

Je me suis encore mépris sur les moyens de fixité du corps étranger le plus volumineux; je le croyais muni d'un pédicule tandis qu'il était entièrement libre.

Enfin j'avais cru encore m'être mis à l'abri de la migration des corps en les transfixant avec une aiguille à acupuncture. Or, la pointe des susdites aiguilles s'était arrêtée dans la synoviale épaissie et n'avait nullement embroché les corps étrangers : d'où résulte que c'est par bonheur que je n'ai pas perdu le corps externe qui était si disposé à fuir.

Ces deux corps sont blancs, lisses, aplatis, semblables à des fragments de savon polis par le frottement. Le plus volumineux est trapézoïde et présente 14 millimètres dans son plus grand diamètre, sur une épaisseur de 4 millimètres. Le corps étranger externe, de forme irrégulière, n'a que 10 millimètres de long sur 4 d'épaisseur.

L'examen histologique fait par M. le Dr Nepveu, démontra que ces corps étaient formés de cartilage pur.

Avant d'inciser la peau, j'avais soigneusement lavé le membre avec la solution thymolée à 5 pour 100. Pendant toute l'opération deux pulvérisateurs avaient couvert la région opérée de vapeur thymolée plus faible (2 pour 100). Aussitôt l'ablation faite et le sang arrêté (l'hémorrhagie fut insignifiante), je recouvris les petites plaies, que je me gardai bien de réunir, avec un carré de tarlatane trempé dans l'eau thymolée, puis j'appliquai le pansement ouaté depuis la racine des orteils jusqu'au voisinage du pli inguinal. Après avoir mis le coton en place, je confiai à un de mes aides le soin de rouler les bandes, ce qu'il fit, je crois, avec un peu trop de vigueur, car dans la soirée le malade se plaignit fortement d'avoir le genou trop serré.

Le lendemain 30, au matin, les douleurs locales continuent sous forme d'élancements dans le genou; l'appétit est presque nul; la nuit a été presque complétement sans sommeil.

Ces troubles ne m'inspirent point d'inquiétude, car la température n'indique aucune fièvre. Le thermomètre qui avant l'opération marquait 37°,2 monte le soir à 37°,8 ; le second jour, résultat fort analogue : 37°,4 le matin, 37°,9 le soir.

Cependant je prescris quelques centigrammes d'opium pour la nuit. Le troisième jour la douleur existant encore, je coupe quelques tours de bande, ce qui amène un soulagement notable. Pour combattre un certain état saburral, j'ordonne un purgatif qui n'est administré que le lendemain dès la première heure et provoque des évacuations abondantes.

A partir de ce moment les souffrances, d'ailleurs fort supportables, cessent pour ne plus revenir. Les jours suivants se passent avec la plus remarquable innocuité et la plus constante uniformité; le thermomètre oscille sans exception entre 37 et 37°,8 ; l'appétit, le sommeil, les évacuations, l'état général ne laissent rien à désirer.

Le 18 juin, au vingtième jour, sur les instances du malade, on retire l'appareil. On constate que les plaies ont fort peu suppuré, car à peine l'ouate est-elle souillée dans l'étendue de quelques centimètres. L'incision externe est complétement cicatrisée ; l'interne est encore ouverte, mais comblée par des bourgeons charnus de belle apparence.

L'appareil est réappliqué et laissé encore 20 jours; quand il est relevé de nouveau, la plaie est si près d'être fermée qu'on se contente de la panser avec un peu de mousseline imbibée d'eau thymolée ; quelques jours plus tard tout est fini.

Le 10 juillet, le malade se lève avec un bandage roulé et commence à marcher dans la salle ; le genou est raide et n'exécute que de légers mouvements, mais il n'est ni gonflé ni douloureux ; il n'y a pas trace d'hydarthrose.

Le 22 août, B... quitte l'hôpital en très-bon état et marchant avec assez d'aisance. Nous le revoyons le 22 octobre et nous constatons l'amélioration progressive des mouvements.

M. Verneuil présente alors le malade. Les deux corps étrangers sont également mis sous les yeux des membres de la Société, ainsi que le très-remarquable tracé thermométrique pris régulièrement pendant 20 jours et qui atteste l'apyrexie la plus complète après comme avant l'opération.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. J'ai écouté avec un grand intérêt la communication de M. Verneuil qui montre les résultats que l'on peut obtenir par l'arthrotomie antiseptique dans le traitement si embarrassant et si délicat des corps étrangers articulaires.

Nous sommes loin de l'opinion que soutenait Bell en disant que l'extraction des corps étrangers articulaires était plus dangereuse que l'amputation de la cuisse au tiers supérieur.

J'ai enlevé un corps étranger articulaire par la paroi externe du creux poplité ; au neuvième jour la plaie était fermée, et le malade marchait au bout de 3 semaines. Le premier jour il y eut une légère élévation de température, ainsi qu'on le voit lorsqu'on a employé une grande quantité d'acide phénique; ce fut le seul phénomène morbide à noter.

Peu de temps après, je me disposais à opérer une vieille hydarthrose, par le même procédé, dans le service de M. Panas, mais l'opération fut faite par M. Panas avec succès.

Dans un autre cas d'extraction de corps étranger articulaire, la

guérison se fit dans d'excellentes conditions, car 2 mois 1/2 après le malade pouvait venir à pied de Grenelle à Paris.

Le malade que j'ai opéré avait un corps articulaire du volume d'une amande, il présentait des craquements dans toutes les articulations, mais il avait de violentes douleurs, qui me décidèrent à l'opérer.

Je fis l'opération avec de grandes précautions et j'obtins, sauf les craquements qui persistèrent, une guérison complète.

M. Verneuil redoute la suture de la plaie ; je crois, au contraire, qu'elle est avantageuse avec le pansement antiseptique, aussi ai-je appliqué trois points de suture chez mon opéré.

Je crois, en outre, qu'il y a avantage à ne pas immobiliser complétement l'articulation, aussi avais-je soin de retirer, les jours de pansement, le membre de la gouttière.

Il y a eu, cependant, malgré le pansement antiseptique, des cas de mort. M. Saxtorph, de Copenhague, a perdu, d'infection purulente, un opéré qui avait défait son pansement. M. Bœckel a perdu un autre opéré, mais peut-être à cause d'une petite faute opératoire : fermeture complète de l'articulation.

Si on exécute avec toutes les précautions voulues l'arthrotomie antiseptique, on obtiendra d'excellents résultats, et à Londres, où M. Lister en a pratiqué un grand nombre, l'opinion est tellement favorable à cette opération, que j'ai vu un jeune interne qui l'avait subie pour une hydarthrose chronique, et, 2 mois après, il marchait et pouvait plier le genou.

Aussi je préfère de beaucoup ce pansement au pansement ouaté qui a donné lieu à plusieurs accidents.

Un point important de l'arthrotomie antiseptique consiste à éviter avec soin la tension du liquide dans l'articulation ; chez le premier malade que j'ai vu opérer par M. Lister, il survint au troisième jour une fièvre intense; je crus à une arthrite suppurée, mais M. Lister pensa que cette fièvre intense tenait à une ouverture insuffisante. Il défit le pansement et débrida la partie inférieure de la plaie. La guérison fut complète.

Comme je l'ai déjà dit, je crois qu'il est préférable de suturer une partie la plaie, on évite ainsi les guérisons longues et par conséquent le raideurs articulaires.

J'ai opéré, dans le service de notre collègue M. Tarnier, une femme atteinte d'arthrite suppurée. La malade avait une fièvre intense, je fis un large débridement, j'appliquai cinq points de suture profonde et deux superficielle, je plaçai deux drains bout à bout. Tous les accidents cessèrent dès le lendemain et, au bout de 2 mois, elle peut remuer la jambe.

En résumé, avec l'arthrotomie antiseptique, on se place, à mon

point de vue, dans de bien meilleures conditions qu'avec la méthode mixte employée par M. Verneuil. J'insiste enfin sur les avantages que l'on peut retirer de la non-immobilisation.

M. Gillette. J'ai opéré, il y a 2 ans, à l'hôpital Temporaire, un ancien soldat, âgé de 28 ans.

Le corps étranger, qui datait de 3 ans, avait la forme d'une petite rotule et le volume d'une pièce de 2 francs.

Je fis l'extraction directe que je préfère de beaucoup à l'opération de M. Goyrand, d'Aix, que je regarde comme très-difficile.

J'opérai mon malade, le genou étendu, en ayant soin de faire tenir bien exactement le corps étranger; j'incisai directement la peau et je pus avec une pince à griffe extraire rapidement le corps articulaire.

Je réunis la plaie avec des bandes collodionées et je plaçai le membre dans un pansement ouaté, qui resta 3 semaines. Le résultat fut excellent : pas un jour de fièvre; le malade put se lever le vingt-troisième jour, la réunion par première intention était obtenue, et le malade put sortir peu de temps après.

Pour pratiquer l'extraction directe, il faut avoir d'excellents aides pour bien maintenir le corps étranger, éviter avec grand soin l'introduction de l'air, et appliquer avec soin le pansement ouaté.

M. Desprès. Les cas de corps étrangers articulaires sont assez rares ; je n'ai eu l'occasion que d'assister à deux opérations d'extraction, et les corps articulaires que j'ai rencontrés, appartenaient à des arthrites sèches, aussi n'ai-je pas voulu les opérer.

Les deux cas que j'ai vu opérer ont subi avec succès l'opération du docteur Goyrand, d'Aix, que je regarde comme une bonne méthode. Je crois que les insuccès tiennent beaucoup de l'opérateur.

Je suis tout disposé à applaudir au beau succès que M. Verneuil a obtenu, mais je tiens à prendre la parole pour protester contre les éloges, que je crois exagérés, de l'arthrotomie à ciel ouvert antiseptique.

Il ne faut pas dire que les résultats sont tellement surprenants, car nous avons tous vu d'excellents résultats avec des procédés beaucoup plus simples. Je me souviens d'un zouave qui avait reçu une balle dans l'articulation du genou et fixée dans le fémur ; il fut pris de variole, l'articulation du genou s'enflamma, et, au dixième jour, le pus sortit par l'ouverture de la balle; la guérison s'effectua admirablement et le malade a retrouvé tous les mouvements.

J'ai lu plusieurs observations de M. Lister, que l'on intitulait hydarthrose chronique, la moitié était des observations de tumeurs blanches avec abcès, l'ouverture faite amenait la guérison.

L'année dernière on apportait, dans mon service, un maçon qui,

en tombant, s'était ouvert la face externe de l'articulation du genou; il y avait une plaie de 3 centimètres d'étendue. Je le mis dans un appareil inamovible ouaté, en ayant soin de laisser à jour la plaie que je recouvris avec des cataplasmes. La guérison fut complète.

Avec de l'immobilité, des pansements humides, on obtiendra d'excellents résultats, qui ne le cèdent en rien aux résultats que peut donner le pansement antiseptique dont on fait une méthode extraordinaire.

M. Trélat. Je ne veux pas entrer dans la discussion du procédé opératoire, car il y a là une question qui ne pourra se résoudre que par des statistiques bien faites. Autrefois l'extraction des corps articulaires donnait 1 mort sur 4 opérations, lorsqu'on aura réussi 100, 150 opérations pratiquées par telle ou telle méthode, on pourra alors tirer des conclusions.

Mais je tiens à appeler l'attention sur l'anatomie pathologique.

Le cas de M. Verneuil est particulièrement intéressant, car le corps étranger qui vient de nous être présenté, s'éloigne complétement des corps étrangers articulaires que l'on rencontre ordinairement.

Sans vouloir rappeler les origines attribuées à ces corps articulaires, je dirai qu'aujourd'hui on les rattache au rhumatisme chronique. Ces corps étrangers sont rugueux, analogues à des grains riziformes ou composés de tissu fibreux, tandis que celui de M. Verneuil est lisse, uni et composé de vrai cartilage.

Il est presque impossible de pouvoir expliquer la production de ce vrai cartilage, aussi je crois nécessaire d'appeler l'attention sur cette éternelle question d'étiologie qui est loin d'être tranchée.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance précédente.

La séance est levée à 5 heures 25 minutes.

Le Secrétaire,
Horteloup.

A la séance du 11 septembre, page 588, rectifier la fin de la communication de M. Cras, de la façon suivante :

« Soit un cas de cécité unilatérale droite : les pupilles sont redevenues égales des deux côtés et se contractent synergiquement. On place le blessé en face d'une fenêtre bien éclairée : les deux pupilles se contractent, on applique la main sur l'œil gauche sain, en observant l'œil droit, et on assiste au curieux spectacle d'une pupille qui se dilate et reste dilatée en face du soleil. Ce mouvement de dilatation se fait lentement : dès qu'on enlève la main, qui servait d'écran, les deux pupilles

se contractent *rapidement*. Si, en appliquant la main au devant de l'œil droit, la pupille gauche reste immobile, *on peut affirmer que la cécité unilatérale droite est réelle*.

« Je n'ai pas besoin de développer les théorèmes physiologiques sur lesquels repose l'emploi de ce moyen de diagnostic. »

Séance du 13 novembre 1878.

Présidence de M. Guyon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine, le *Recueil d'ophthalmologie*, le *Bulletin de l'Académie de médecine*, le *Journal de thérapeutique*, la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* ;

2° L'*Alger médical*, le *Bulletin médical du Nord*, le *Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne*, le *Lyon Médical*, la *Revue médicale de l'Est;*

3° *The Practitioner*, *leçons de chirurgie et d'opération*, par le Dr Edward Albert, de Vienne ; les *Archives de dermatologie*, de New-York; *The British medical Journal;* la *Gazette médicale Italienne-Lombarde ;*

4° Une lettre de M. Judes Hue, secrétaire de la Société de médecine de Rouen, adressant à la Société trois années du journal de la Société;

5° *Deuxième observation d'opération césarienne*, suivie de l'amputation ovarique, et description d'un nouveau constricteur, par Ad. Wasseige, professeur à l'Université de Liége;

6° *Tumeurs cancéreuses à la région épigastrique et à la région ombilicale. Cancer du pylore concomitant, opération de la tumeur épigastrique*, mort par cancer du pylore, par le Dr Vauthier.

(*Commissaire :* M. Verneuil.)

M. le Secrétaire général donne lecture, au nom de M. Hergott, de Nancy, membre correspondant, de la note suivante, en réponse à la discussion qui a suivi le rapport de M. Tillaux sur les appareils plâtrés de M. Zsigmondy, de Vienne.

Le *Bulletin de la Société de chirurgie* que je viens de recevoir

me fait connaître la discussion à laquelle a donné lieu le rapport que M. Tillaux a fait, dans la séance du 9 octobre sur une nouvelle modification du bandage plâtré par le Dr Zsigmondy. J'y trouve, page 652, une appréciation de M. Desprès formulée en ces termes :

« Je profiterai de cette circonstance pour m'élever contre l'usage « des bandages plâtrés circulaires, en temps de guerre, pour le « traitement des fractures des membres. Tous les blessés français « soignés par cet appareil ont eu de la gangrène. Les gouttières « de MM. Maisonneuve, Hergott, dont M. Tillaux nous a parlé, ne « sont pas plus utiles. »

Je crois, comme l'habile chirurgien de Cochin, qu'il est dangereux d'emprisonner un membre fracturé et surtout un membre atteint de fracture comminutive dans un appareil plein, solidifié, quel qu'il soit; mais il est incontestable qu'il est avantageux de l'immobiliser dans un appareil qui, en le maintenant aussi exactement que possible, ne l'étrangle pas et permet à l'épanouissement inflammatoire de se produire, et pour le chirurgien, la surveillance la plus entière. Il y a une différence totale entre l'appareil plein et la gouttière, entre l'appareil de M Maisonneuve et le mien.

Les attelles plâtrées de M. Maisonneuve pour maintenir le membre exigent qu'elles soient fixées par une bande circulaire. Ma gouttière se moule sur le membre placé sur un coussin, contient le membre sans bande et laisse libre le tiers de la circonférence du membre; ainsi, application et mode de contension sont différents.

Quant aux accidents, je n'en ai jamais vu entre mes mains dans la clinique de Strasbourg et dans mes ambulances pendant la guerre, où j'ai eu occasion de les appliquer bien souvent, ni entre les mains de mes collègues de Strasbourg et de Nancy qui les emploient journellement.

Ce que j'ai observé constamment c'est : une sédation immédiate de la douleur, du gonflement et des accidents inflammatoires, si bien qu'au bout de peu de jours, quelquefois, le renouvellement de l'appareil, pour insuffisance de contension par suite du retrait du gonflement, a été nécessaire. Nous sommes loin, comme on voit, des accidents formidables dont il a été parlé.

La dernière fois que j'ai eu l'avantage de voir Dolbeau, dans son service à Beaujon, il m'a dit : « Depuis que j'emploie la gouttière « plâtrée, je n'ai plus été obligé de faire d'amputation de jambe « pour accidents traumatiques. » Moi-même j'ai conservé ainsi des membres à des blessés envoyés à l'hôpital pour y subir l'amputation.

Je ne suis pas en situation de juger la valeur de la nouvelle modification de l'appareil plâtré proposée par le chirurgien autrichien mais je puis dire qu'avec un peu de plâtre et un lambeau de vieux

linge, qu'on peut tailler de grandeur en une minute, on confectionne un excellent appareil qu'on applique sans déranger le membre, appareil qui contient très-bien et ne cause pas les accidents qu'on lui a reprochés.

M. Desprès. Je désire répondre quelques mots à la note de M. Hergott et dire pour quelles raisons j'ai critiqué sa gouttière.

Toutes les fois que j'ai vu appliquer ce mode de pansement, j'ai trouvé que cette attelle postérieure était bien inférieure aux attelles latérales.

Cette gouttière enveloppe toute la moitié postérieure du membre; mais, le lendemain, par la seule position élevée que l'on donne au membre, le gonflement diminue et il se forme entre la gouttière et le membre un petit espace vide; la jambe ne se trouve plus soutenue et il se produit une incurvation des fragments. Pour remédier à cet inconvénient, certains chirurgiens placent, dès le lendemain, un peu de coton entre la jambe et la gouttière, ou, vers le 3e jour, change la gouttière, mais cette manière de faire a l'inconvénient de faire exécuter des mouvements au membre fracturé.

Avec les attelles de M. Maisonneuve, il n'y a pas cet inconvénient à redouter; elles enveloppent exactement les membres dans le sens de la longueur, et en ayant soin, avec trois cordons élastiques de les maintenir au contact de la peau, il n'y aura aucune modification à faire dans l'appareil.

M. Panas. Je suis grand partisan des gouttières plâtrées, aussi, depuis 10 ou 12 ans, je ne soigne pas les fractures compliquées par un autre procédé. Je n'hésite pas à considérer l'introduction de la gouttière dans la pratique chirurgicale comme une véritable révolution.

Avec la gouttière, on obtient une parfaite contension des fragments et une complète immobilité. Les attelles de M. Maisonneuve étaient déjà un excellent procédé, mais la gouttière a été un vrai progrès, car, avec des attelles, on maintient moins bien les fragments.

Avec la gouttière, on obtient une excellente position du pied à angle droit, qui empêche la production de raideur articulaire, même lorsqu'il y a fracture pénétrant dans l'articulation.

Je trouve que la gouttière est plus solide que les attelles et qu'elle empêche le chevauchement et le raccourcissement.

Avec l'usage de la gouttière, on n'a plus besoin de recourir à la pointe de Malgaigne, car il suffit de placer sur le fragment supérieur une attelle rembourrée, maintenue avec une bande de diachylon, pour obtenir une pression suffisante.

Depuis qu'on emploie les gouttières plâtrées, l'amputation des membres fracturés est devenue une opération rare.

M. Tillaux. Je désire faire remarquer que M. Zsigmondy n'a nullement eu l'intention de faire une comparaison entre ses appareils et ceux de MM. Maisonneuve et Hergott; il a seulement présenté des appareils destinés à la chirurgie militaire, appareils que l'on peut préparer d'avance; c'est la même méthode que celles les deux chirurgiens français, mais ses appareils sont d'un maniement plus facile.

Je ne comprend pas beaucoup la distinction qui vient d'être faite par M. Panas entre les attelles de M. Maisonneuve et la gouttière de M. Hergott; pour moi il n'y a pas de différence, et je trouve que tous les avantages que notre collègue reconnaît à la gouttière, peuvent être accordés aux attelles latérales.

Ces attelles latérales se touchent et forment une véritable gouttière : on arrive au même résultat par un procédé différent.

Comme établissement de l'appareil, je préfère les attelles à la gouttière, surtout dans le cas de fracture avec plaie, car il est beaucoup plus facile de faire des pansements.

A mon sens, ces divers procédés forment une seule et même méthode dont il faut bien séparer les appareils circulaires dont les résultats sont bien différents.

M. Panas. M. Maisonneuve n'appliquait nullement ses attelles comme vient de le dire M. Tillaux; il laissait un intervalle et ses attelles ne formaient nullement une gouttière. Ses attelles soutiennent mieux le pied et ne réclament nullement des bandes circulaires.

M. de Saint-Germain. J'ai suivi longtemps le service de M. Maisonneuve, et ce chirurgien, qui ne mettait jamais de bande circulaire, plaçait les attelles tellement rapprochées qu'il formait une véritable gouttière.

Suite de la discussion sur le traitement des corps étrangers articulaires.

M. le Secrétaire général donne lecture, au nomde M. Paquet, de Lille, de la lettre suivante :

Dans la dernière séance de la Société de chirurgie, notre excellent maître, le professeur Verneuil, a présenté une observation de corps étranger du genou extrait par l'incision directe, avec emploi de l'antiseptie par l'acide thymique. Cette présentation me suggère quelques réflexions, que je vous prie de vouloir bien transmettre à mes honorables collègues.

J'ai eu deux fois l'occasion d'extraire des corps étrangers du genou : dans les deux cas, il n'y avait aucun signe d'arthrite sèche; dans l'un d'eux, on pouvait constater l'existence d'une petite quantité de liquide articulaire.

1° J'opérai en juillet 1870, dans le service de la clinique chirurgicale, à l'hôpital Saint-Sauveur, le nommé Rogier, âgé de 18 ans, compositeur à l'imprimerie L. Danel : ce jeune homme faisait remonter les accidents, qu'il éprouvait au genou, à l'âge de 12 ans, et voulait à tout prix être débarrassé d'un corps étranger du volume d'une amande, dont la mobilité avait triomphé de tous les moyens de fixation. Je l'opérai par l'incision directe de tous les tissus jusqu'au corps étranger, qui s'échappa par une sorte d'énucléation. Pas une bulle d'air ne pénétra dans la jointure. La plaie, après avoir été lavée avec la solution d'acide thymique, fut fermée par des bandelettes de taffetas, le genou fut recouvert par une compresse imbibée de la solution, par des couches de ouate, et, après compression, placé dans un gouttière en fil de fer. Le 15e jour l'appareil fut levé : la plaie était cicatrisée. Tout semblait annoncer un succès, lorsque le 22e jour, apparut un phlegmon diffus du mollet, qui marcha avec une très-grande rapidité; des décollements très-étendus et un phlegmon sous-aponévrotique envahirent toute la jambe : l'article du genou fut respecté, et bien certainement le point de départ ne fut pas la plaie de l'opération, qui resta cicatrisée, et dont les parties voisines ne furent pas atteintes par le phlegmon. Le malade voulut sortir de l'hôpital, et mourut chez lui, 3 semaines après, épuisé par l'abondance de la suppuration. L'article du genou était complétement sain.

2° Dans le second cas, il s'agit d'un ouvrier terrassier, âgé de 37 ans, nommé Deneulin, travaillant aux travaux de terrassement du chemin de fer.

Il fut opéré chez lui, en mars 1873, par le même procédé. Il avait 2 corps étrangers, l'un du volume d'une amande, l'autre un peu plus petit, qui sortirent successivement, avec une certaine quantité de liquide articulaire ; pas de pénétration de l'air dans la jointure ; même pansement que dans le cas précédent, immobilisation dans une gouttière en gutta-percha comprenant les 3/4 de la circonférence du membre, et que j'avais moulée avant l'opération. Levée de l'appareil le 15e jour : cicatrisation parfaite. Mouvements de la jointure le 22e jour, reprise des travaux le 35e. La guérison s'est maintenue. J'ai revu plusieurs fois l'opéré, qui ne s'est jamais plus plaint de son genou.

Dans ces deux cas, l'opération a été pratiquée au côté externe de l'articulation, par le procédé de l'incision directe, occlusion de la plaie, application de compresses antiseptiques, compression ouatée et immobilisation de l'article, cette dernière plus parfaite dans le second cas. Le succès aurait été complet si le premier de mes opérés n'avait été atteint d'un phlegmon diffus, dont le point

de départ n'était certainement pas la plaie de l'opération. Je dois ajouter que, 5 jours avant l'apparition de ce phlegmon, étaient entrés dans mes salles 2 malades atteints de phlegmons diffus, l'un du bras succédant à une chute, l'autre de la jambe, occasionné par un écrasement par une voiture.

Un mot, pour terminer, sur l'emploi de l'acide thymique. Cet antiseptique, que je crois avoir préconisé le premier (*Voir* Société anatomique, décembre 1867 et *Bulletin général de thérapeutique*, juin 1868 et juillet 1869; *Bulletin médical du Nord*, De la réunion par première intention combinée avec le drainage, 1868) se trouve actuellement assez employé en Allemagne et dans quelques hôpitaux de Paris. Mes premières recherches sur l'action de ce carbure oxygéné, furent faites avec de l'acide thymique fabriqué par M. Bouilhon, avec lequel je travaillais en 1867 dans le laboratoire du baron Thénard.

Cet acide a une action plus puissante que celle de l'acide phénique, et son odeur est moins désagréable et moins persistante que celle de ce dernier ; au point de vue de l'antiseptie, ils se valent, et à moins de circonstances particulières tenant surtout au désir du malade, je me sers indifféremment de l'un ou de l'autre. Je dois ajouter cependant, que lorsqu'on se sert d'acide thymique, la solution doit forcément être légèrement alcoolisée pour obtenir la dissolution parfaite, et que cet alcool peut et doit être considéré comme ayant son rôle dans les résultats obtenus.

M. le Secrétaire général donne lecture au nom de M. Chipault, d'Orléans, membre correspondant, de l'observation suivante :

Corps mobile du genou droit à la suite d'une chute sur le côté interne de l'articulation. Opération par la méthode sous-cutanée, le 28 avril 1877; insuccès. Un mois après, nouvelle opération par l'incision directe; extraction du corps étranger constitué par une portion du condyle interne du fémur. Pansement ouaté. Guérison.

Gouchault, âgé de 20 ans, jardinier à Orléans, tombe le 10 mars 1877, sur le côté interne du genou droit, la jambe se trouvant en abduction forcée. Cette chute est accompagnée d'une douleur si violente qu'il est impossible au blessé de se relever; il est défaillant; on est obligé de le porter chez ses parents. Dans la soirée même, le genou devient volumineux.

L'application de compresses résolutives calme le gonflement et la douleur.

5 jours après l'accident, Gouchault s'aperçoit qu'une boule remue dans l'articulation; il applique une bande roulée et essaye de marcher, mais il ne le peut faire qu'avec difficulté et encore à la condition de tenir la jambe malade dans l'extension. Pendant un mois il va et vient,

souffrant beaucoup; c'est alors qu'il me fait demander, 5 semaines environ après la chute.

Ma première visite a lieu le 18 avril; après avoir constaté que Gouchault est d'une très-bonne constitution, j'examine le genou droit spécialement. Il est volumineux, distendu par une grande quantité de liquide au milieu duquel il m'est facile de sentir un corps, mobile dans tous les sens, de la grosseur d'un noyau d'abricot légèrement aplati, sur une de ses faces. Le cul-de-sac latéral interne est son séjour d'élection; mais par la pression on le conduit facilement de ce point dans lecul-de-sac latéral externe, en lui faisant contourner la rotule par le cul-de-sac antérieur, son volume ne lui permettant pas de passer sous cet os. Pas de douleur à la pression; marche pénible; elle n'est possible que la jambe dans l'extension; en dedans du genou je constate comme un vide qui s'est fait au niveau du condyle interne du fémur.

Le diagnostic ne pouvait être douteux. Il s'agissait bien d'un corps étranger, sans nul doute constitué par une portion du condyle interne fémoral. L'extraction était le seul moyen de guérison qui d'ailleurs fut accepté aussitôt que proposé.

L'opération fut fixée au 28 avril; j'eus recours à l'incision sous-cutanée, le corps mobile étant très-solidement maintenu; mais à peine avais-je terminé la boutonnière de la synoviale que le corps étranger s'échappa brusquement pour venir se placer sous le tendon rotulien, et si bien qu'il me fut absolument impossible de le déloger, malgré tous les mouvements que je fis exécuter au membre inférieur.

L'opération était manquée. Il me fallut attendre pour la recommencer que le corps étranger reprît sa mobilité. Il resta sous le tendon rotulien pendant 3 semaines, sans que la douleur de la jointure fût plus grande. Gouchault pouvait progresser comme avant l'incision sous-cutanée, avec cette différence qu'il marchait la jambe à demi-fléchie, sans jamais pouvoir l'étendre.

Le 20 mai, 23 jours après l'incision de Goyrand, le corps étranger quitte sa loge sous-tendineuse et reparaît dans le cul-de-sac latéral interne avec sa mobilité antérieure.

L'opération est de nouveau résolue; mais, cette fois, je prends le parti de l'attaquer directement et de faire le pansement ouaté.

Le 30 mai, après avoir refoulé en haut, le plus possible, la peau comprise entre le bord interne de la rotule et le condyle interne du fémur, je fais une incision profonde portant directement sur le corps mobile maintenu solidement; après l'avoir saisi rapidement avec une pince, je l'extrais sans difficulté. Quelques gouttes de sang et un peu de synovie accompagnent l'extraction.

Les deux lèvres de la plaie sont réunies par un bandeau de baudruche collodionnée, et j'applique autour du genou ainsi qu'autour de la moitié de la jambe et de la moitié de la cuisse un matelas d'ouate et une bande exerçant une compression suffisante.

Les suites de l'opération sont des plus simples; pas de fièvre, pas de douleur. J'enlève le pansement ouaté le 10 juin, 11 jours après

l'opération, et encore je laisse toute la ouate adhérente à la plaie et je refais un pansement ouaté analogue au premier.

Le 16 juin, j'enlève de nouveau le pansement; il existe une petite plaie d'un centimètre de long et de 2 millimètres de largeur. Cautérisation au nitrate d'argent. Pansement ouaté.

Le 25 juin, la cicatrice est complète. Gouchault exécute facilement ses mouvements; il peut marcher; la jointure est encore gonflée; je maintiens une bande roulée autour du genou recouvert de ouate.

Le 15 juillet tout pansement disparaît; Gouchault marche facilement. Guérison absolue.

Aujourd'hui 10 novembre 1878, je revois mon opéré; il a repris depuis longtemps tous ses travaux de chaque jour; les deux genoux ont le même volume. Pas la moindre douleur en marchant. État très-satisfaisant.

L'examen du corps étranger m'a permis de constater qu'il est constitué par une portion d'os recouvert de cartilage. Cette masse solide présente une surface convexe lisse, blanchâtre, cartilagineuse, et une surface aplatie mais légèrement rugueuse et recouverte de tractus formés par le tissu spongieux déchiré. La coupe fait mieux encore distinguer la couleur blanchâtre du cartilage de la coloration rougeâtre du tissu spongieux. Le corps mobile mesure 2 centimètres de largeur et 1 centimètre d'épaisseur en son point central.

Conclusions de l'observation :

1° Les corps étrangers articulaires ne peuvent pas toujours être extraits par la méthode sous-cutanée.

2° L'incision directe a donné un très-bon résultat.

3° La guérison s'est affectuée rapidement, sans le moindre accident, grâce à l'emploi du pansement ouaté.

4° Une chute violente sur le côté interne du genou, a pu détacher une portion du condyle interne fémoral, laquelle portée dans la jointure est devenue un corps mobile.

M. Verneuil. Les corps étrangers que j'ai présentés ont été examinés par M. Nepveu et voici le résultat : au centre on trouve du cartilage hyalin très-net, sa substance fondamentale est très-fine, les cellules sont rangées en séries ou groupées en îlots ; pas d'emboîtement de plusieurs cellules. A la périphérie, la substance présente un fin granulé; les cavités cartilagineuses sont spacieuses, mais à l'intérieur de ces chondroplastes, les cellules deviennent étoilées, fusiformes ; sur le bord, la substance fondamentale forme des dentelures. A la superficie du cartilage, les cellules cartilagineuses ont éclaté et se sont ouvertes du côté d'une couche de tissu conjonctif très-épaisse. Cette couche n'a pas plus de 2 millimètres d'épaisseur. Pas de traces d'ossification, de calcification; pas de revêtement épithélial à leur surface.

M. Tillaux. Je ne parlerai pas de l'ouverture des articulations

en général, et je me renfermerai dans la question soulevée par M. Verneuil, de l'extraction des corps étrangers articulaires.

Je crois, avant toute chose, qu'il est nécessaire de se demander dans quelles conditions on doit opérer. Lorsque le corps étranger n'est pas flottant, lorsque le malade n'éprouve qu'une gêne modérée, il ne faut pas opérer.

On doit être sobre de ce genre d'opérations et, lorsqu'on se décide à y recourir, il ne faut le faire qu'à la demande expresse du malade, qui doit savoir que c'est une opération sérieuse.

Une fois l'opération décidée, quelle est la méthode que l'on doit employer ?

Est-ce la méthode de l'ouverture à ciel ouvert, ou est-ce la méthode de M. Goyrand, d'Aix, méthode sous-cutanée.

J'ai fait deux opérations : une en 1870, à Saint-Antoine, l'autre en 1872, à Saint-Louis.

Mon premier opéré était un marchand de vins ; je voulais faire le délogement, opération de M. Goyrand, je ne pus y parvenir; je fis l'incision à ciel ouvert, j'appliquai un appareil ouaté. La guérison fut complète, car j'ai revu ce malade, 6 ans après, et il marchait très-bien.

Mon second opéré était un cuirassier qui avait deux corps étrangers. Je pus, chez lui, pratiquer le délogement, et 12 jours après je fis l'extraction; le malade guérit rapidement.

J'ai donc obtenu deux succès dans mes deux opérations; mais je déclare que je ne pratiquerai jamais l'ouverture sans avoir essayé la méthode sous-cutanée.

Malgré les garanties que peuvent donner les antiseptiques, je crois que l'on doit toujours éviter d'ouvrir une articulation ; aussi, avant d'en arriver là, j'essayerais toujours la méthode de M. Goyrand, d'Aix.

M. Desprès. Je serais désireux de voir mentionner, dans les observations d'extraction de corps étrangers, si on avait affaire à un corps étranger unique ou à des corps étrangers tenant à des arthrites sèches.

Ce qui me fait insister sur cette distinction, c'est que je considère comme d'un pronostic bien différent les opérations que l'on pratique sur une articulation saine ou sur une articulation malade.

Il y a peu de temps, un de mes collègues de Cochin pratiqua une ponction avec injection iodée dans une hydarthrose chronique; le malade, sorti en bon état, rentra, peu de temps après, avec une récidive compliquée de suppuration de l'articulation.

Le malade guérit, mais je suis persuadé que l'arthrite suppurée aurait été beaucoup plus grave si l'articulation avait été saine.

M. Lucas-Championnière. On nous objecte que nous avons cité, principalement, les faits heureux d'arthrotomie, mais je pourrais répondre que les faits d'ouverture d'articulations que l'on nous a opposés sont aussi des faits exceptionnels.

Je crois que les craintes de M. Tillaux sont exagérées, car, grâce à la méthode antiseptique, l'arthrotomie a fait de grands progrès, et cette opération est moins difficile que l'opération sous-cutanée de M. Goyrand, qui échoue souvent.

M. Desprès a parlé de la ponction simple de l'articulation; je regarde cette ponction comme très-grave, et je trouve qu'il faut être plus hardi pour ponctionner une articulation que pour l'ouvrir largement. Je me souviens d'un grave accident survenu entre les mains d'un de mes maîtres. La ponction a ses indications, mais c'est une opération grave.

Pour revenir à la question des corps étrangers articulaires, je dirai qu'il est évident qu'on ne doit pas opérer un corps étranger qui ne fait pas souffrir; mais, lorsque l'intervention est nécessaire, l'emploi des antiseptiques diminue de beaucoup la gravité.

M. Desprès. Je veux simplement rappeler que j'ai blâmé la ponction capillaire des articulations dans un rapport fait à la Société, où je l'ai condamnée d'une façon absolue.

M. Guyon. Je désire montrer à mes collègues un volumineux corps étranger articulaire que j'ai enlevé par la méthode de M. Goyrand. Le succès a été complet, mais je n'ai réussi qu'à une troisième tentative.

Dans les deux premières, il me fut impossible de faire passer le corps étranger à travers l'ouverture de la synoviale.

Malgré ces deux insuccès, le malade ne se découragea pas et désira subir une troisième opération.

Le succès fut complet; mais j'apportai une petite modification que plusieurs chirurgiens ont aussi proposée: je commençai par creuser, dans le tissu cellulaire, une loge, puis j'ouvris la synoviale et je fis passer le corps étranger dans cette petite cavité, et je le conduisis jusqu'au milieu de la face interne du tibia, dont il fut extrait 15 jours après.

Tous les chirurgiens qui ont pratiqué l'opération de M. Goyrand sont d'accord pour la regarder comme peu offensive, mais d'une exécution très-difficile; aussi ne peut-on que bien accueillir un procédé plus simple.

Il serait peut-être imprudent de vouloir juger définitivement l'arthrotomie antiseptique, mais on ne peut se dissimuler que les faits sont favorables à ce procédé. Dans la thèse de M. Bernard,

citée par M. Verneuil, il y a eu une réunion de 27 opérations avec 25 succès.

L'insuccès de M. Bœckel a tenu à l'absence du drainage, car il vaut mieux ne pas fermer la plaie que de la suturer complétement; de plus il y a eu, pendant cette opération, une blessure d'une artère articulaire qui avait produit un épanchement sanguin dans l'articulation.

Dans la thèse de M. Bernard, il y a deux statistiques dues à M. Larrey, qui prouvent d'une façon évidente que la méthode sous-cutanée a considérablement diminué la mortalité dans l'extraction des corps articulaires, mais qu'en revanche la proportion des insuccès a beaucoup augmenté, car sur 39 opérations, 15 fois il fut impossible de déloger le corps étranger.

On peut donc mettre en parallèle l'opération sous-cutanée, qui est difficile et qui a donné quelques cas de mort, avec la méthode antiseptique qui a donné jusqu'à présent d'excellents résultats.

Je désire faire observer que la distinction que M. Desprès veut établir entre la blessure des articulations saines et des articulations malades ne peut être acceptée, car, grâce aux méthodes antiseptiques, le pronostic des plaies des articulations saines est devenu beaucoup plus favorable.

Je recevais, il y a peu de temps, dans mon service, un homme atteint de fracture de l'olécrâne avec plaie articulaire. Traité par les antiseptiques, cet homme fut complétement guéri, en 2 mois, sans raideur articulaire.

Il est impossible, en présence de faits semblables, de ne pas admettre que les plaies des articulations saines se comportent tout différemment sous l'influence des antiseptiques qu'avec les émollients.

M. Verneuil. Je n'ai pas eu l'intention de parler des plaies articulaires en général, aussi, je limiterai ma réponse à la question de l'extraction des corps étrangers articulaires.

M. Tillaux pense qu'il ne faut opérer que lorsque le corps étranger occasionne soit des accidents, soit une douleur vive, c'est parfaitement juste; mais il est certain que si la thérapeutique donne un procédé facile et innocent, on aura le droit d'opérer plus souvent.

Nous sommes en présence de deux méthodes : la méthode à ciel ouvert et la méthode sous-cutanée.

L'innocuité à ciel ouvert est démontrée; nous possédons un assez grand nombre de documents pour affirmer que la taille articulaire est bien préférable à la méthode sous-cutanée, qui a donné des morts.

J'ai fait deux fois l'opération de M. Goyrand, j'ai eu deux insuccès.

Si nous comparons les statistiques, voici ce que nous trouvons:

Pour la méthode sous-cutanée, il faut faire trois colonnes : insuccès, succès et mort.

Dans une première statistique de M Larrey, nous avons, sur 39 opérés :

19 succès; proportion	48,7 0/0.
5 morts; —	12,8 0/0.
15 insuccès ; —	38,4 0/0.

Dans une seconde statistique de M. Bendos, nous avons sur 51 opérés :

29 succès rapides	56,8 0/0.
5 succès avec accidents	9,8 0/0.
5 morts	9,9 0/0.
12 insuccès	23,5 0/0.

Pour la méthode à ciel ouvert, avec les antiseptiques, la statistique recueillie par M. Bernard donne, sur 27 opérations :

25 succès,
2 morts.
Pas d'insuccès.

Avec l'arthrotomie à ciel ouvert, il n'y a donc pas cette perspective de l'insuccès.

Quant au choix de la méthode antiseptique, je ne dissimulerai pas ma préférence pour le pansement ouaté, dont je crois l'emploi plus facile, plus à la portée de tous.

Les résultats sont en outre très-favorables à ce procédé, ainsi :

M. Guérin a obtenu	1 succès, avec la suture.
M. Gillette —	1 succès, avec des bandelettes collodionnées.
Moi, j'ai obtenu	1 succès, sans réunion.
M. Paquet a obtenu	2 succès.
M. Tillaux —	1 succès.
M. Chipault —	1 succès.

M. Lucas-Championnière a critiqué le procédé que j'ai employé, et il croit que l'on peut obtenir une guérison plus rapide et des mouvements meilleurs avec le pansement de Lister.

Je répondrai qu'il vaut mieux aller moins vite, mais sûrement ; en employant la ouate et les antiseptiques, j'étais presque sûr d'obtenir une guérison sans accidents.

En outre, je pense qu'une plaie non fermée guérit plus sûrement; cependant, le fait de M. Gillette m'engagerait peut-être à fermer les plaies avec des bandes collodionnées, quoique Barwell ait montré que l'occlusion donnait d'assez mauvais résultats.

Quant à la rapidité de la guérison, je suis très-satisfait du résultat que j'ai obtenu, car je trouve qu'une guérison d'une plaie articulaire en 2 mois est un très-beau résultat.

Je résumerai ma communication en disant qu'en présence d'un corps étranger articulaire mobile, situé en haut et en dedans, je serais disposé à essayer le procédé de M. Goyrand; mais si j'échouais, je n'hésiterais pas à pratiquer l'extraction à ciel ouvert et antiseptique.

M. Trélat. Ainsi que je l'ai dit dans la dernière séance, je crois qu'il est nécessaire de recueillir de bonnes statistiques pour pouvoir juger comparativement les diverses méthodes.

Je suis tout à fait d'avis que l'opération de M. Goyrand n'est pas innocente; je l'ai vue échouer entre les mains d'un de mes maîtres, et dans un autre cas, opéré avec succès, j'ai vu des accidents inflammatoires.

Je désire faire observer que les procédés d'extraction à ciel ouvert, dont on nous a entretenus, ne sont pas autre chose que la méthode ancienne combinée avec les pansements antiseptiques.

Présentation de pièce.

M. Tillaux présente, au nom de M. Henriet, prosecteur des hôpitaux, une pièce de luxation du fémur.

Cette pièce, qui a été trouvée à l'amphithéâtre, sur un sujet d'environ 50 ans, représente une luxation iliaque de date ancienne.

M. Tillaux fait observer que l'on trouve le ligament de Bertin intact. Aussi, cette pièce vient-elle à l'appui de l'opinion qu'il a soutenue sur la détermination des luxations.

Pour M. Tillaux, le genre de luxation ne dépend pas, comme le pensait Malgaigne, des muscles, mais bien de la déchirure de la capsule.

Dans les luxations iliaques, le faisceau antérieur de la capsule doit être conservé; dans les luxations ischiatiques, le faisceau supérieur est intact.

Cette pièce vient confirmer cette opinion.

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire,
Horteloup.

Séance du 20 novembre 1878.

Présidence de M. F. Guyon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine; le *Bulletin de l'Académie de médecine*, les *Archives de médecine navale*, les *Annales de gynécologie*, le *Bulletin général de thérapeutique ;*

2° Le *Lyon médical ;*

3° *Centralblatt für Chirurgie*, le *Journal international des sciences médicales de Naples*, la *Gazette de santé militaire de Madrid*, la *Gazette médicale Italienne-Lombarde*, *The Britisch medical Journal;*

4° Une lettre de M. le Dr Kœberlé, adressant à la Société plusieurs ouvrages intitulés :

1° *De l'hémostase définitive par compression excessive ;*

2° *De la réunion des plaies ;*

3° *Épilogue de l'hémostase définitive:* Des maladies des ovaires et de l'ovariotomie.

4° *Notice sur le professeur Ehrmann;*

5° *Coup de feu à la région temporo-faciale gauche.* Perforation des lobes antérieurs et du lobe postérieur droit du cerveau. Mort au bout de 6 jours, par M. le Dr Fleury, de Clermont, membre correspondant.

6° Deux observations de M. le Dr Turgis, intitulées : *Corps étrangers du rectum.* Fractures multiples et compliquées des membres inférieurs.

(*Commission :* MM. Tillaux, Labbé et Anger, rapporteur.)

7° *Chirurgie de guerre*, par le Dr Esmarch, traduit par M. le Dr Rougé, de Lausanne.

A l'occasion du procès-verbal, M. le Secrétaire général donne lecture d'une observation de M. Ehrmann, de Mulhouse, membre correspondant, intitulée :

Corps étranger libre (balle de plomb) dans l'articulation du genou. Arthrotomie antiseptique.

La récente communication de M. Verneuil à la Société de chirurgie (Séance du 6 novembre) touchant l'application de la

méthode antiseptique à l'extraction des corps mobiles articulaires, donne un certain intérêt à l'observation suivante, où l'emploi d'un mode opératoire identique nous a procuré un succès analogue, et qui, à un autre point de vue encore, celui de la nature du corps étranger et de la rareté relative de cette étiologie, nous paraît mériter une mention particulière.

Les corps étrangers libres que l'on rencontre dans les articulations sont très-généralement, comme on le sait, des productions organiques.

Les observations de corps étrangers venus du dehors ayant séjourné librement, durant un temps plus ou moins prolongé, dans les cavités synoviales sans y déterminer des accidents sérieux, sont des faits qui ne se sont présentés que fort rarement.

Percy, cité par Legouest (*Traité de chirurgie d'armée*, 1863, p. 627), rapporte que Framboisier a vu une balle rester impunément dans le genou, et, longtemps après la cicatrisation de la plaie, se montrer sous la peau, d'où il fut aisé de la faire sortir.

Morel-Lavallée, dans sa thèse de concours (*Sur les corps étrangers articulaires*. Paris, 1853, p. 43), a relaté l'histoire d'un malade opéré par Velpeau, et chez lequel une balle de calibre avait séjourné dans l'articulation du genou, sans provoquer d'accidents pendant 28 jours; 6 mois seulement avant son entrée à l'hôpital, il était survenu du gonflement articulaire, avec gêne des mouvements; l'extraction du projectile, qui était libre et allait dans divers points du cul-de-sac de la synoviale, fut faite par la méthode sous-cutanée; le malade guérit parfaitement au bout d'une douzaine de jours après l'opération.

Dans le cas que nous avons eu l'occasion d'observer, le séjour intra-articulaire du corps étranger, sans avoir été aussi prolongé, l'a été suffisamment pour nous permettre de suivre dans ses phases diverses la symptomatologie de cette intéressante lésion.

Observation. — Jules Schmesber, de Mulhouse, jeune homme de 18 ans, de haute taille et robuste constitution, cherchait à sortir avec un poinçon d'acier, du tonnerre d'un revolver américain, une balle qui s'y trouvait forcée, quand le coup partit, et lui lança le projectile à bout portant dans la cuisse gauche, contre laquelle l'arme se trouvait appuyée. L'orifice d'entrée se voyait à 18 centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule, à la partie antérieure, un peu en dehors de la ligne médiane.

L'accident avait eu lieu le 28 avril 1877. Les recherches faites sitôt après, et répétées quelques heures plus tard, après dilatation au laminaria de la partie abordable du trajet, nous conduisirent, à travers les masses musculaires du triceps, jusqu'au voisinage immédiat du fémur, dans la direction du condyle externe, mais sans nous permettre d'arriver sur le projectile. Dans ces conditions et vu l'absence de

lésion d'un organe important, nous jugeâmes prudent de ne pas insister davantage sur les tentatives d'extraction, et nous nous bornâmes à maintenir, plusieurs jours durant, le repos absolu et les applications de glace.

Au bout de 3 semaines, la cicatrice était opérée; un mois plus tard il ne restait plus dans le membre, ni sensibilité, ni gêne; seul, un noyau d'induration profonde, situé un peu au-dessus du condyle fémoral, à la limite externe du tendon du triceps, accusait à ce niveau la présence d'un corps étranger.

Le 5 septembre 1877, 4 mois après l'accident, tandis qu'il gravissait, sans effort, une marche d'escalier, le sujet est pris subitement dans le genou, d'une douleur aiguë, excessive, qui le fait tomber en syncope. On le couche sur un lit, le membre placé dans la demi-flexion, le genou couvert de compresses froides; les douleurs se modèrent, mais continuent néanmoins assez intenses, durant plusieurs heures encore.

Le lendemain, léger empâtement péri-articulaire; faible degré d'hydarthrose ; pas de réaction générale ; les douleurs spontanées ont presque disparu; sensibilité assez notable à la pression. On constate au côté interne du genou, une saillie dure, dont la palpation détermine de la douleur ; par contre, le point induré, qui marquait, au-dessus du condyle externe du fémur, la présence du projectile, a disparu. Il est manifeste que la balle a pénétré dans la synoviale, en l'ulcérant, et que son apparition brusque dans l'articulation a été la cause des accidents violents de la veille.

Repos absolu ; glace.

Les jours suivants, les phénomènes inflammatoires s'amendent assez rapidement ; l'enflure se résout, les douleurs cessent. La saillie de la balle se dessine plus nettement, au côté de l'interligne; la pression directe tend à l'effacer, mais elle se reproduit sitôt après.

Le 8e jour, le malade se lève et s'essaie à marcher.

Dans le cours de la semaine suivante, les progrès s'accentuent. Le malade sort, mais il est obligé d'user, dans la marche, de grandes précautions. Il lui arrive fréquemment, tantôt tous les 2 ou 3 jours seulement, d'autres fois à plusieurs reprises dans la même journée, d'être arrêté brusquement par une douleur subite dans le genou, douleur qui se produit également la nuit, pendant le sommeil, alors que, par suite de mouvements involontaires du membre, la balle a quitté sa loge habituelle au côté interne de l'articulation, pour s'insinuer entre les surfaces épiphysaires, ou dans l'intervalle des ligaments profonds. Le malade en est arrivé instinctivement, pour faire cesser ses douleurs, à une manœuvre fort simple, qui consiste à frapper, de la main, sur le côté opposé du genou, quelques coups secs qui déplacent le corps étranger et le ramènent à sa place d'élection. D'autres fois, mais plus rarement, c'est au côté externe, sous l'expansion de la patte d'oie, que le corps étranger vient se faire jour. Il circule donc librement dans la synoviale, où il paraît s'être, en somme, assez bien acclimaté. Les inconvénients de sa présence ne se tradui-

sent que par son interposition fréquente entre les surfaces articulaires et par les pincements caractéristiques qui en résultent.

Après un mois d'expectation, nous nous décidons, à la demande instante du malade et de sa famille, à pratiquer l'extraction. Nous y procédons le 3 octobre 1877, avec l'assistance de M. le Dr Kœchlin, qui précédemment déjà avait vu avec nous le blessé, en consultation.

Bien que le milieu dans lequel nous allions opérer, se présentât dans les meilleures conditions hygiéniques, nous avions résolu, afin de mettre de notre côté toutes les chances favorables, de nous conformer scrupuleusement, pour l'ouverture de l'articulation, aux principes de la méthode antiseptique. La peau de la région, les instruments, les éponges, les mains du chirurgien et des aides furent donc lavées à la solution phéniquée, et le spray maintenu durant tout le temps des manœuvres.

Le malade est chloroformé. Une incision directe, de 4 centimètres, est pratiquée le long du côté interne du genou; puis, le corps étranger ayant été fixé au moyen d'une pince de Museux qui le saisit à travers la synoviale, cette membrane est incisée, et la balle, mise à nu, est extraite sans difficulté. Écoulement d'une petite quantité de synovie, transparente, visqueuse, sans trace de flocons fibrineux. Uue légère hémorrhagie, provenant d'une artériole, est arrêtée par l'application, durant quelques instants, d'une pince hémostatique.

La plaie, après un nouveau lavage, est fermée par trois points de suture; un petit drain est maintenu dans son angle inférieur.

On applique enfin, depuis les orteils jusqu'au sommet de la cuisse, un bandage d'ouate plâtré, qui assure l'immobilité absolue du membre.

Le projectile extrait était une balle de plomb, mesurant en diamètre 7mm,5, en longueur 10 millimètres; elle avait été originairement ronde, mais on l'avait martelée pour la rendre cylindrique, ce qui avait produit à sa surface des saillies anguleuses.

Les suites de l'opération furent extraordinairement bénignes. Il n'y eut que des douleurs insignifiantes. La température n'atteignit 38° que le soir des deux premiers jours.

Le 10e jour, on ouvrit l'appareil plâtré, sous le brouillard phéniqué. La réunion était parfaite; il n'y avait autour du drain que de la sérosité sanguinolente desséchée, pas de suppuration. Les tubes et les fils furent enlevés, et l'appareil, refermé, fut maintenu serré au moyen d'une bande.

Le 25e jour, on l'enleva définitivement et on commença à imprimer à l'articulation des mouvements modérés.

L'opéré se leva à la fin de la 5e semaine. Nous l'avons revu plusieurs fois depuis l'année dernière; la guérison est parfaite; les mouvements du genou sont absolument libres.

L'observation qu'on vient de lire confirme ce que déjà on savait de la tolérance des cavités articulaires à l'égard de certains corps étrangers venus de l'extérieur.

Dans ce cas particulier, la nature, en réalisant, lors de la péné-

tration du projectile dans la synoviale, les conditions protectrices de la méthode sous-cutanée avait aidé éminemment à cette immunité; aussi voyons-nous le corps étranger se comporter ici à la manière des arthrophytes et autres corps mobiles organiques.

Le liquide qui s'était écoulé de la synoviale au moment de son incision n'avait en rien l'aspect d'un liquide inflammatoire. Si chez notre malade la présence de la balle s'est montrée plus gênante que chez certains autres, que chez celui, par exemple, dont parle Morel-Lavallée, c'est que sans doute son petit volume se prêtait plus aisément à son interposition entre les extrémités osseuses, et que d'autre part les rugosités de sa surface contribuaient aussi à en rendre les contacts plus douloureux.

Nous ne voulons pas exagérer la part qui, dans la réussite de l'opération, est à mettre sur le compte de l'emploi des procédés antiseptiques. L'immobilité absolue et la compression égale, assurées par l'appareil ouaté, sont, dans le problème qui nous occupe, des facteurs dont l'importance ne saurait être négligée. On sait, d'autre part, que des corps étrangers articulaires ont pu être opérés sans accidents par l'extraction à ciel ouvert. Il n'en est pas moins certain que les faits, nombreux déjà, publiés dans ces derniers temps par Albert [1], E. Bœckel [2], Scriba [3], Volkmann [4], Stirling, Lichtenberg [5], Lucas-Championnière [6], Barwell [7], Saxtorph [8], Bernard [9], Panas [10], etc., et relatifs, tant à des corps articulaires extraits antiseptiquement qu'à des hydarthroses chroniques et à des arthrites suppurées graves, traitées avec succès par l'incision directe sous l'égide de la méthode Listérienne, semblent établir dès aujourd'hui, d'une façon non douteuse, les avantages de cette méthode dans les cas d'ouverture des séreuses articulaires.

Il s'agit ici d'une question encore à l'étude, et que seule pourra résoudre définitivement l'observation des faits. Mais, en présence

[1] Albert, *Uber die Arthrotomie* (*Wiener medicinische Presse*, 1876, nos 20 à 37).

[2] E. Bœckel, *Nombreux corps libres dans l'articulation métacarpophalangienne du médius, etc.* (*Gazette des hôpitaux*, 1876, p. 15.)

Ibid., *De l'arthrotomie antiseptique et de ses indications.* (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1877, no 10.)

[3] Scriba, *Berlina Wochenschrift*, 1877, no 32, p. 460.

[4] Volkmann, *Ein antiseptisch behandeltu und ohne Ankylose geheiltu Knieschup* (*Verhandlungen der deustch. Gesellsch. für Chirurgie.* 6e *Congress.*, I, p. 32, 1877.)

[5] Lichtenberg, *Brit. med. Journ.*, 1874, janv. 10.

[6] Lucas-Championnière, *Journ. de méd. et de chir. pratique*, août 1877.

[7] Barwell, *Brit. med. Journ.*, 1876, feb. 12, mars 11 et apr. 1.

[8] Saxtorph, dans Bernard, *Etude sur les corps étrangers articulaires.* Thèse de Paris, 1877.

[9] Bernard, *loc. cit.*

[10] Panas, *Du pansement antiseptique de Lister*, Paris, 1878, p. 26.

des résultats statistiques malheureux fournis, dans le traitement des corps mobiles articulaires, par la méthode ancienne d'extraction à ciel ouvert (sur 135 opérations réunies par M. Larrey [1], il y a 30 morts, soit 22 0/0), si l'on tient compte en outre des difficultés d'exécution qu'a présentées dans nombre de cas le procédé par incision sous-cutanée de Goyrand, on ne peut guère ne point admettre que l'application du pansement antiseptique à l'arthrotomie constitue un progrès et offre au chirurgien une garantie dont il aurait mauvaise grâce de s'affranchir.

Communication.

M. le Secrétaire général donne lecture, au nom de M. le Dr Faucon, d'Amiens, membre correspondant, d'une note intitulée : *Nouveau procédé de réduction des luxations du pouce en arrière.*

Les luxations du pouce en arrière comportent toujours, ainsi que le professait Nélaton, un pronostic sérieux, et Malgaigne pourrait encore peut-être écrire aujourd'hui qu' « il n'y en a aucune qui ait été trouvée si souvent irréductible. »

Outre les difficultés que présente trop souvent la réduction de ce déplacement, il faut encore tenir compte des dangers auxquels exposent parfois des tentatives mal combinées. Aux faits rapportés par les auteurs, je puis ajouter un cas de gangrène qu'il m'a été donné d'observer à Strasbourg en 1862. A la suite de manœuvres répétées et prolongées sans succès pour réduire une de ces luxations, le pouce se sphacéla : il était sec et noir au bout de quelques jours ; il s'élimina totalement, et si mes souvenirs ne me trompent pas, le blessé finit par succomber à l'infection purulente.

Dans un remarquable travail présenté à la Société de chirurgie en janvier 1876, M. Farabeuf a essayé d'établir la théorie des difficultés que rencontre la réduction et fait connaître un nouveau procédé qui lui a donné plusieurs succès.

Avec Pailloux, M. Farabeuf admet que l'obstacle à la réduction provient de l'interposition du ligament glénoïdien : mais il dénie à la pression atmosphérique l'influence que lui a attribuée sur cette interposition mon excellent maître, M. Michel, de Nancy. J'ai répété sur le cadavre les expériences de M. Farabeuf, et, comme lui, j'ai vu l'interposition se produire dans des conditions où la pression atmosphérique ne saurait être invoquée.

M. Farabeuf attribue, avec juste raison, ce me semble, cette interposition à une double cause : à des tractions mal dirigées et à la contractilité musculaire.

[1] H. Larrey, *Extraction des corps étrangers articulaires.* (*Bulletin de la Société de chirurgie.* Paris, 1861, p. 534.)

L'interposition ne se produit pas lorsqu'on essaie de réduire la phalange renversée en arrière. D'autre part, en expérimentant sur le cadavre, on est tout étonné de voir combien est facile la réduction de cette luxation, combien au contraire il faut s'étudier pour rendre ce déplacement irréductible.

M. Farabeuf a donné, sur ce point, des détails très-précis et très-exacts. On a nié, dit-il, l'interposition, parce qu'on n'a pas su la produire. Il faut pour cela *rendre une certaine tension au muscle court fléchisseur*. « On y arrive : 1° en le remplaçant par un petit fil élastique; 2° en immergeant la pièce dans l'eau chaude ou dans un acide; 3° et c'est le moyen le plus simple, en portant le métacarpien dans l'abduction pendant qu'on rabat et qu'on tire sur la phalange. »

Ce déboîtement n'échappe donc pas à la loi générale qui attribue à l'action des muscles l'obstacle le plus considérable à la réduction de la plupart des luxations; seulement, pour le cas particulier, M. Farabeuf explique cette action par le renversement de l'os sésamoïde externe. C'est cet os qui, lorsqu'on rabat la phalange renversée, est retenu par la tension des fibres sésamoïdiennes du court fléchisseur, et en se retournant produit l'interposition.

Malgré les arguments produits en sa faveur, cette dernière explication ne me paraît devoir être admise que sous bénéfice d'inventaire : mais je ne veux pas discuter ce point spécial avant d'avoir poursuivi mes recherches. Il me suffit d'avoir rappelé le rôle de l'interposition et celui de la contractilité musculaire.

Tout procédé qui luttera avec avantage contre ces deux causes d'irréductibilité est assuré du succès.

Voilà qui explique les bons résultats obtenus par l'*impulsion avec flexion en arrière* entre les mains de Bell, Pailloux, Lawrie, Sédillot, etc., au moyen de manœuvres diverses.

L'*impulsion* ne réussissant pas toujours, en raison de l'insuffisance des forces appliquées, M. Farabeuf l'a remplacée par la *traction*, qu'il exerce, la phalange renversée, soit avec la main, soit avec la pince dont il est l'inventeur.

A défaut d'une description magistrale, voici comment j'ai compris son procédé, d'après divers fragments de son mémoire que j'ai rapprochés :

L'avant-bras du blessé solidement immobilisé par un aide, le chirurgien fait pratiquer par un autre assistant, auquel il recommande de tenir le métacarpien dans l'opposition pour relâcher les muscles, une vigoureuse coaptation qui s'opère, le pouce refoulant la phalange en avant, l'index la tête du métacarpien en arrière.

Cela fait, l'opérateur redresse la phalange, la saisit, la phalangette fléchie, soit avec la main, soit avec la pince, et la fait glisser,

ainsi redressée, de haut en bas et grattant l'os, sur le métacarpien fixé comme une table.

La phalange, ainsi conduite, pousse devant elle l'os sésamoïde externe et le ligament glénoïdien ; quand elle les a « pas à pas » et « laborieusement » refoulés jusqu'au cartilage, elle les jette par-dessus bord et les suit instantanément dans la flexion.

M. Farabeuf donne quelque part à ce procédé le nom de : *Traction sur la phalange redressée.*

On peut adresser quelques objections à cette manière de faire. La main ne saisit pas très-solidement le pouce, et tout le monde ne peut avoir à sa disposition la pince Farabeuf.

Le procédé dont j'ai l'honneur d'adresser la description à la Société, avec une observation à l'appui, échappe à ces inconvénients. Il repose sur le même principe que celui de M. Farabeuf, c'est-à-dire qu'il substitue la *traction* à l'*impulsion* sur la phalange redressée, les muscles étant relâchés ; il en est la simplification, en ce qu'il ne nécessite pas d'instrument spécial. Le doigt recourbé en crochet, un lac, une compresse pliée en plusieurs doubles, voilà ce qui s'offre au choix du chirurgien selon les cas et qui est suffisant pour obtenir la réduction.

L'observation que j'ai l'honneur d'envoyer à la Société présente une physionomie absolument classique; aussi ai-je cru pouvoir me borner à transcrire dans cette note les détails importants. Si cela était nécessaire on trouverait le reste dans le petit appendice qui l'accompagne.

Observation. — Le nommé N... (François), garçon tailleur, âgé de 28 ans, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie dans la nuit du dimanche 6 octobre 1878 à 3 heures du matin.

Il nous raconte, au moment de la visite, que dans une rixe au cabaret, il a reçu la veille à 11 du soir un coup de pied qui lui a déboîté le pouce droit.

Il ne peut nous donner d'autres renseignements sur le mécanisme de l'accident, ce qui s'explique par l'état d'ébriété où il se trouvait quand la luxation s'est produite.

Il fut successivement trouver trois médecins: deux d'entre eux soumirent le pouce à des tentatives prolongées, sans parvenir à obtenir la réduction.

Le déplacement se présente sous la forme d'une luxation complète du pouce *en arrière ;* la phalange est en même temps un peu déjetée *en dedans.* En raison des tentatives inutiles qu'il a subies, le blessé, craignant de ne plus pouvoir continuer sa profession, est au désespoir.

Après avoir indiqué aux élèves du service les raisons qui rendent si infructueuse la traction sur la phalange fléchie, j'essayai l'*impulsion avec redressement de la phalange.*

Ne pouvant arriver à réduire par cette manœuvre, j'employai le procédé suivant :

Le blessé est assis sur une chaise, l'avant-bras dirigé verticalement, la main placée de champ.

Un aide est chargé de maintenir solidement le poignet et d'opérer la contre-extension.

Un autre doit aider à la coaptation, en refoulant avec le pouce la tête du métacarpien en arrière, pendant qu'il maintient cet os dans l'opposition, en étreignant la main du blessé.

Ces dispositions prises, je saisis de la main gauche l'extrémité du pouce luxé que je renverse fortement en arrière un peu au delà de l'angle droit. Le pouce, ainsi maintenu solidement, est accroché par sa face dorsale, au niveau de la phalange, avec mon index droit plié en crochet, et j'opère de toutes mes forces, perpendiculairement à la phalange, une traction qui ramène immédiatement cette dernière vers la tête du métacarpien ; mais je ne parviens pas à la remettre en place.

Jugeant que la force ainsi déployée n'est pas suffisante, je remplace mon doigt par une compresse pliée en plusieurs doubles. Le plein de ce lac est appliqué sur la face dorsale de la phalange près de sa jonction avec le métacarpien : les deux chefs sont ramenés en avant et je tire fortement sur la phalange dans la même direction qu'avec l'index. Du premier coup je sens un soubresaut, la phalange se fléchit, la réduction est opérée. Il faut avoir soin de suivre avec la main gauche le pouce dans son mouvement de translation tout en le maintenant redressé.

Je propose de donner à ce procédé le nom de *Réduction par traction perpendiculaire sur le pouce renversé en arrière.*

J'ignore s'il n'a pas déjà été employé : il est si simple et si bien adapté aux indications que je ne serais nullement étonné que l'idée en fût venue à d'autres avant moi ; je n'ai pas eu le loisir de me livrer à de longues recherches, pour éclaircir ce point. Tout ce que je puis dire, c'est que ce procédé n'est pas classique : je crois qu'il mérite de le devenir, et voilà pourquoi je le livre à la publicité dans les *Bulletins* si répandus de la Société de chirurgie.

Nota. Voici quels étaient les symptômes de la luxation :

Le pouce et le métacarpien affectent la forme dite improprement en Z. La première phalange est déplacée et transférée sur la face dorsale du métacarpien : elle est redressée de manière à former avec cet os un angle obtus ouvert en arrière : la phalangette est fléchie, mais à angle obtus.

La tête du métacarpien fait une saillie très-superficielle et très-nette à l'extrémité inférieure de l'éminence thénar : au-dessus d'elle existe un enfoncement visible et surtout très-perceptible au doigt.

L'extrémité postérieure de la phalange se trouve à 2 centimètres en arrière de cette saillie et incline un peu en dedans.

La phalange est très-mobile en tout sens : on peut facilement exagérer le renversement en arrière : on peut la fléchir de manière à ce que son axe devienne parallèle à celui du métacarpien. On peut lui faire subir des mouvements de latéralité assez étendus ; bref, il semble qu'il n'y ait qu'à pousser pour réduire.

Peu de gonflement, pas d'ecchymose. La douleur est modérée : elle s'exaspère sous l'influence des manœuvres que je viens de décrire.

Discussion.

M. Farabeuf. Il n'y a pas de procédé nouveau à inventer pour pratiquer la réduction des luxations du pouce, on peut dire que tous ont été inventés, et le procédé avec le doigt en crochet, dont parle la note de M. Faucon, a été proposé et décrit avec un très-grand soin par Huguier. Si c'est la réduction, au moyen d'un lac, ce procédé est encore plus ancien, il date de 1820, et si ce procédé n'est pas resté dans la pratique, c'est que l'on ne comprenait pas trop comment il agissait.

L'observation de M. Faucon manque de détails, mais il est presque certain que notre collègue a eu affaire à une luxation simple en arrière.

Dans le mémoire que j'ai lu à la Société de chirurgie, j'ai donné la description de plusieurs espèces de luxations en arrière.

La description de la luxation complète que j'ai donnée, avait pour base le résultat d'un grand nombre d'expériences sur le cadavre ; et, sur 100 expériences, 95 m'avaient donné les lésions que j'ai indiquées; dans 5 cas la disposition anatomique avait été différente, mais j'avais cru pouvoir la passer sous silence, attendant que de nouvelles recherches vinssent me livrer la clef de cette disposition que j'avais cru pouvoir attribuer à une erreur.

Je viens d'avoir l'occasion d'examiner deux malades, l'un dans le service de M. Védrenes, l'autre dans celui de M. Verneuil, chez lesquels les luxations dataient de 13 et de 24 jours.

Au lieu de présenter, comme je l'ai indiqué, le tendon du long fléchisseur du pouce en dedans, ces deux malades avaient le tendon du long fléchisseur placé en dehors du métacarpien, et la tête du métacarpien était engagée entre l'adducteur et le fléchisseur qui était enroulé autour du métacarpien.

Cette disposition, que j'avais produite plusieurs fois dans mes expériences, existe donc sur le vivant et permet de décrire une seconde espèce de luxation complète du pouce en arrière, dont la réduction est excessivement difficile.

Je serais très-heureux que de nouvelles recherches cliniques vinssent confirmer cette opinion, et je fais appel à l'obligeance de

mes collègues pour bien rechercher le sens dans lequel se trouve le tendon du long fléchisseur.

Rapport.

M. Nicaise lit un rapport sur un travail de M. Krishaber[1], intitulé : *De la laryngotomie-inter-crico-thyroïdienne au thermo-cautère, avec application de la canule à bec.*

Au mois de juillet de cette année, M. Krishaber a fait à la Société une communication sur la *laryngotomie intercrico-thyroïdienne pratiquée au moyen du thermo-cautère, avec application de la canule à bec.*

Il s'agit d'une femme de 48 ans, atteinte d'un « carcinome des cordes vocales » qui nécessita l'ouverture des voies aériennes pour éviter la suffocation. La malade ayant un goître, M. Krishaber se décida à inciser le ligament crico-thyroïdien. Il fit l'opération avec le thermo-cautère, au moyen de ponctions successives, 10 ou 12 pour chaque tissu, afin d'éviter les eschares. Il rencontra une artériole qui donna lieu à une hémorrhagie, laquelle fut arrêtée par une pince hémostatique laissée en place. M. Krishaber fit ensuite une incision verticale sur le ligament crico-thyroïdien et prolongea l'incision sur la partie inférieure du cartilage thyroïde, dans la crainte de n'avoir pas assez de place pour introduire la canule à bec. Celle-ci fut placée sans le secours d'un dilatateur. La canule est toujours en place et la malade va bien.

M. Krishaber s'appuie sur cette observation pour chercher à réhabiliter la laryngotomie crico-thyroïdienne, qu'il désigne d'une façon plus précise sous le non de laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, et à montrer les avantages qu'elle présente sur la trachéotomie. Il insiste, en outre, sur l'emploi du thermo-cautère et de la canule à bec.

Nous allons examiner successivement ces trois questions.

La laryngotomie crico-thyroïdienne proposée par Vicq-d'Azyr[2] a été adoptée par Fourcroy[3] qui s'en est approprié la découverte, puis par Desault[4] et Bichat. Roux[5] l'aurait pratiquée trois fois, d'après Malgaigne. Je n'ai pu retrouver que deux observations,

[1] Le travail de M. Krishaber a été publié dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1878, p. 140, 156, et dans Thèse Choukry, 1878, p. 82.

[2] Vicq-d'Azir, 1776, *Histoire de la Soc. royale de médecine*, t. I.

[3] Fourcroy, 1779, *De nova laryngotomiæ methodo*. Th. Paris.

[4] Desault, 1813, *Œuvres chir.*, t. II, p. 276.

[5] Roux, 1831, *Arch. méd.*, 1re s., t. XXVII, p. 545.

lesquelles sont trop incomplètes pour pouvoir être utilisées. Blandin [1], Lenoir [2] ont recommandé cette opération ; Blandin l'a pratiquée pour un cas d'angine laryngée commune chez un petit malade, qui est mort le 3e jour ; l'observation manque également de détails. Bourguet [3], d'Aix, dans sa thèse inaugurale, s'en montre le défenseur ardent ; il dit qu'elle a éte pratiquée deux fois avec succès à Marseille en 1843. Sestier [4], dans un excellent travail sur l'angine œdémateuse, cite sept faits dans lesquels on s'est ouvert un passage par le ligament crico-thyroïdien. Malgaigne [5] croit que par cet espace on peut faire pénétrer une canule ordinaire. Roser [6] est également grand partisan de cette opération. Enfin je citerai la thèse de M. Choukry [7].

La section du ligament crico-thyroïdien a été encore pratiquée, non plus pour donner entrée à l'air, mais pour permettre de porter des instruments dans le larynx, en particulier pour extirper les tumeurs de cet organe. A ce genre d'opération se rattachent les noms de Czermak, des deux Burow, Bosc, Mackensie et Bruns.

B. Bell aurait proposé la section du ligament crico-thyroïdien comme opération préliminaire dans l'ablation des polypes du pharynx.

Ces derniers points ne doivent pas nous arrêter.

Ainsi donc, depuis Vicq-d'Azyr, depuis un siècle, bien des chirurgiens ont recommandé la section de l'espace crico-thyroïdien pour créer à l'air une voie artificielle ; cependant cette opération n'a pas été acceptée. Elle n'a été exécutée qu'un très-petit nombre de fois (16 fois). Dans quelques-uns des faits signalés il est permis de supposer que le cartilage thyroïde, ou le cricoïde, surtout, ont été intéressés en même temps que le ligament crico-thyroïdien.

Le discrédit dans lequel est toujours restée cette opération peut être attribué au défaut de notions anatomiques précises sur la région. La plupart des auteurs ont déclaré que l'espace crico-thyroïdien était trop étroit pour l. isser passer une canule.

Une première question se présente donc tout d'abord : quelles sont les dimensions de l'espace crico-thyroïdien ?

1 Blandin, 1834, *Traité d'anat. topographique*, p. 200.

2 Lenoir, 1841, *Sur la bronchotomie.*

3 Bourguet, 1844, *Sur la bronchotomie.* Th. Montpellier.

4 Sestier, 1850, *De la bronchotomie dans le cas d'angine laryngée œdémateuse.* (*Arch. méd.*)

5 Malgaigne, Le Fort, 1877. *Méd. opér.*, t. II, p. 291.

6 Roser, 1870, *Path. chir.*, p. 201.

7 Choukry, 1878, *De la trachéotomie et de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne au moyen des instruments incandescnets,* Th. Paris.

Des mensurations répétées, faites sur l'adulte, le larynx étant dans sa position normale, montrent que les dimensions de l'espace crico-thyroïdien varient dans d'assez grandes proportions selon les individus. J'ai trouvé chez la femme, comme hauteur minimum, 7 millimètres 1/2; maximum, 13 millimètres; en moyenne, 8 à 10 m llimètres.

Chez l'homme, la hauteur de l'espace crico-thyroïdien est de 9 à 11 millimètres environ.

Il est donc possible d'introduire une canule dans cet espace, d'autant plus que le cartilage thyroïde jouit d'une certaine mobilité sur le cricoïde. Mais je me hâte d'ajouter qu'il ne faut pas compter sur cette mobilité pour introduire des canules aussi volumineuses que celles qui servent parfois à la trachéotomie. Il faut que l'instrument entre facilement sans exercer de compression sur les parties voisines.

C'est pour répondre à ces conditions, sans doute, que Vicq-d'Azyr et Fourcroy conseillaient d'introduire dans le larynx, après l'incision de la peau, un bronchotome aplati, et que Bichat recommandait aussi l'emploi d'une canule d'argent aplatie, longue de 3 centimètres. Blandin pensait qu'il y aurait avantage à faire la ponction du ligament crico-thyroïdien avec un trocart. Ce précepte a été suivi dans un cas par Bourguet. Se trouvant auprès d'un malade menacé de suffocation immédiate, il plongea un trocart à hydrocèle dans l'espace crico-thyroïdien : la respiration se rétablit; Bourguet laissa le malade respirer pendant 10 minutes par la canule du trocart, puis avec un bistouri il agrandit l'ouverture au-dessus et au-dessous, sans intéresser les cartilages, et introduisit une canule de Bretonneau. Celle-ci ayant un diamètre vertical plus grand que son diamètre transversal ne doit pas être employée dans cette variété de laryngotomie.

Chez la malade de M. Krishaber, la canule employée était cylindro-conique, et mesurait 11 millimètres à son orifice inférieur, le plus étroit diamètre, trop considérable chez la femme en particulier et qui expose à des accidents, ainsi que l'établissent les expériences faites sur le cadavre.

Celles-ci démontrent en effet que, si la canule est trop volumineuse, il se produit des décollements et des déchirures de la muqueuse, surtout si l'on n'a fait qu'une incision verticale du ligament; en outre, on peut observer une fracture du cartilage cricoïde à la partie antérieure, particulièrement chez les sujets déjà avancés en âge. Si le cricoïde a été entamé par le bistouri, la fracture se fera sur la ligne médiane, au niveau du point lésé.

Cette lésion du cricoïde peut s'expliquer par sa disposition anatomique : tandis que le diamètre antéro-postérieur de cet anneau

reste à peu près le même dans toute sa hauteur, le diamètre transversal va en diminuant de bas en haut, et il est plus étroit vers l'arc postérieur que vers l'arc antérieur ; il en résulte que la canule s'applique derrière l'arc antérieur, qu'elle comprime latéralement la muqueuse et tend à faire éclater l'anneau si elle est trop volumineuse et qu'on emploie quelque violence pour son introduction.

La laryngotomie crico-thyroïdienne est d'une exécution simple, la région est superficielle, les points de repère sont des plus faciles à reconnaître et l'on n'a nullement à craindre de blesser des organes importants.

Assez souvent on rencontre un prolongement médian du corps thyroïde (pyramide de Lalouette) qui recouvre le ligament crico-thyroïdien et que l'on écarte facilement de côté. Derrière l'aponévrose cervicale se trouve un plexus veineux d'assez faible calibre formé par l'anostomose des veines crico-thyroïdiennes, puis des rameaux de l'artère laryngée inférieure ou crico-thyroïdienne. La lésion de ces vaisseaux, si elle avait lieu, ne présenterait aucun danger. Nous voyons dans l'observation de M. Krishaber qu'il a ouvert une artériole et que l'hémorrhagie a été arrêtée par une pince hémostatique ; c'est là un excellent procédé d'hémostase pendant l'opération de la trachéotomie, je l'ai employé plusieurs fois avec avantage.

A la section verticale du ligament on ajoutera, de chaque côté, une incision tranversale de 2 millimètres environ, un peu au-dessous de la partie moyenne, puis on introduira une canule. M. Krishaber propose d'employer une canule (*Soc. chir.*, 1877, p. 463) double dont le cylindre interne est terminé par un embout perforé, qui est destiné à faciliter l'introduction de l'instrument et à permettre à l'air de pénétrer dans la trachée dès ce temps de l'opération. La canule à bec rappelle la sonde en gomme que Guersant plaçait dans la canule, et aussi la canule à mandrin perforé de M. Péan. Cet instrument pénètre assez facilement dans l'espace crico-thyroïdien, mais seulement après une section cruciale. On pourrait aussi se servir de la canule dont l'extrémité est taillée obliquement aux dépens de sa face intérieure, et que l'on fait pénétrer facilement après avoir dilaté l'incision avec l'extrémité du petit doigt.

D'après ce que nous avons dit plus haut, la canule devrait avoir, chez la femme, 8 à 10 millimètres de diamètre extérieur, et 9 à 11 chez l'homme ; mais il ne faut pas oublier que les dimensions de l'espace crico-thyroïdien varient selon les individus et qu'alors le chirurgien doit avoir à sa disposition des canules de diamètre différent.

Il me reste à parler de l'emploi du thermo-cautère dans cette

opération ; je serai bref sur ce sujet qui a déjà été traité plusieurs fois devant la Société.

Je dirai seulement que l'emploi du thermo-cautère augmente la durée de l'opération, et qu'on ne se met pas sûrement par ce moyen à l'abri des hémorrhagies, soit veineuses, soit artérielles. Dans l'observation de M. Krishaber, qui fait l'objet de ce rapport, il se produisit une hémorrhagie qui fut arrêtée par une pince hémostatique.

Il résulte pour moi, de mes observations cliniques et d'expériences faites sur les animaux, que le couteau de platine chauffé, même seulement jusqu'au gris rougeâtre, ne peut sectionner sans hémorrhagie que des artères n'ayant pas plus de 1^{mm} 1/2 de diamètre environ ; pour les veines, le diamètre peut être un peu plus considérable.

Lorsque le couteau de platine est porté sur un vaisseau dépassant les diamètres que j'ai indiqués plus haut, il l'ouvre avant d'avoir atteint la paroi opposée ; le sang s'écoule alors.

Si l'anse galvanique est un meilleur hémostatique que le couteau de platine, ainsi que cela ressort des expériences de M. E. Bœckel, cela tient à ce que lorsque l'anse coupe un vaisseau, celui-ci est déjà préalablement comprimé, il est vide de sang, et l'anse coupe à la fois toute sa circonférence et agglutine entre elles les lèvres de la section. On peut en partie réaliser ces conditions avec le thermo-cautère ; mais ceci n'est pas applicable à l'opération en discussion.

En résumé, je crois, avec M. Krishaber, que la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne mérite d'entrer dans la pratique chirurgicale, d'où elle a été exclue jusqu'aujourd'hui, malgré les avis favorables de Vicq-d'Azyr, Fourcroy, Desault, Bichat, Blandin, Lenoir, Bourguet, Malgaigne, Roser ; seulement, cette opération doit être soumise à des règles plus précises, et je ne crois pas que l'on puisse employer des canules aussi volumineuses que celles qui ont été mises en usage par M. Krishaber.

Quant à établir une comparaison entre cette opération et la trachéotomie, l'absence d'observations ne le permet pas. On peut craindre que le voisinage de la canule n'altère les cordes vocales, et aussi qu'il ne reste une fistule de l'espace crico-thyroïdien.

Sur une pièce qui m'a été montrée par M. Krishaber, il n'y avait aucune altération des cordes vocales, ni de la muqueuse sous-glottique, quoique la canule fût restée en place pendant 34 jours.

Quoi qu'il en soit, on devra se souvenir de la possibilité de cette opération quand la trachéotomie paraîtra difficile, quand la trachée sera recouverte par des vaisseaux volumineux, ou par une hypertrophie du corps thyroïde dont la section paraîtrait dangereuse.

Elle conviendra également chez les individus dont le cou est très-court ; chez certains, il n'y a que 3 à 4 centimètres de distance entre le bord inférieur du cartilage cricoïde et la fourchette du sternum.

J'ajouterai que cette opération paraît surtout devoir convenir aux cas où l'obstacle à la respiration siége au niveau ou au-dessus des cordes vocales.

J'ai l'honneur de proposer à la Société d'adresser des remercîments à l'auteur.

Discussion.

M. Desprès. Je regrette de n'avoir pas entendu mentionner une observation de M. Nélaton que j'ai publiée en 1861. M. Nélaton n'admettait pas la laryngotomie crico-thyroïdienne, il la modifiait en réséquant une portion de l'anneau du cricoïde.

L'opération de M. Nélaton fut faite pour une laryngite œdémateuse chez une femme enceinte ; elle fut d'une grande simplicité : après être arrivé sur le cartilage cricoïde, M. Nélaton réséqua une portion de l'anneau, incisa la muqueuse et plaça la canule. La guérison fut obtenue en 6 semaines.

Presque tous les chirurgiens ont abandonné la laryngotomie de Vicq-d'Azir ou l'ont modifiée, car il est indispensable d'obtenir une assez grande étendue pour permettre à la canule d'être mobile. Or, avec le procédé de M. Krishaber, il est certain que cette condition ne peut pas se rencontrer, la canule doit être fixe et produire ainsi des ulcérations de la partie postérieure.

Une opération n'est pas suffisante pour faire accepter un nouveau procédé opératoire.

M. Farabeuf. J'ai assisté aux expériences que M. Krishaber a faites sur le cadavre et je dois déclarer que l'ouverture, indiquée par M. Krishaber, possède une dimension suffisante pour permettre l'introduction chez l'adulte d'une canule suffisante.

La cricotomie avec résection permet l'introduction d'une canule, mais l'incision simple de l'anneau du cricoïde ne permet même pas de faire passer le dos d'un bistouri.

M. Desprès. Si l'on place la tête dans l'extension on pourra peut-être trouver un passage suffisant pour la canule, mais dès que la tête reprendra sa position ordinaire, la canule sera serrée et ne pourra plus se mouvoir.

M. Farabeuf. Pour obtenir un espace suffisant, il n'y a qu'à abaisser le cricoïde avec le doigt.

M. Nicaise. Dans le mémoire de M. Krishaber se trouve l'obser-

vation de M. Nélaton, mais elle s'éloigne de la laryngotomie crico-thyroïdienne. J'ai répété un grand nombre de fois, sur le cadavre, la laryngotomie crico-thyroïdienne ; c'est une opération facile.

Les mouvements du thyroïde sur le cricoïde sont fort peu étendus, et je n'ai pas eu besoin de les augmenter. Quand la canule n'est pas trop volumineuse, il n'y a pas de déplacement.

J'ai fait la cricotomie et j'ai pu constater qu'il est impossible de laisser à demeure une canule entre les lèvres de l'incision ; la canule se place toujours dans l'incision faite au-dessus ou au-dessous ; l'incision du cartilage cricoïde peut donc être utile au moment de l'opération, mais elle ne peut pas servir pour placer la canule.

Quant aux craintes exprimées par M. Desprès, je puis les dissiper, car j'ai vu une pièce sur laquelle la canule était restée en place pendant 34 jours, il n'y avait aucune lésion des cordes vocales.

D'un autre côté, j'ai introduit une canule de 10 millimètres de diamètre, et j'ai pu constater qu'elle ne touchait pas la face postérieure du larynx et de la trachée.

L'opération proposée par M. Krishaber est facile, elle donne de bons résultats, il est donc intéressant de la connaître dans le cas où l'on ne pourrait opérer sur la trachée.

(Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.)

Lecture.

M. Monod, chirurgien des hôpitaux, donne lecture d'une observation intitulée : *Cancer hématode (sarcome angioplastique) du testicule, généralisation, remarques sur le varicocèle douloureux symptomatique et sur les tumeurs à myéloplaxis.*

(*Commission* : MM. Périer, Farabeuf et Terrier, rapporteur.)

Présentation de pièce.

M. Tillaux présente au nom de M. Schwartz, prosecteur des hôpitaux, un kyste de la paume de la main.

Les kystes synoviaux se présentent, le plus généralement, à la face dorsale et ont pour point de départ l'articulation médio-carpienne, à la partie supérieure du grand os.

La pièce de M. Schwartz présente un kyste à la région palmaire; ce kyste siége dans l'articulation carpo-métacarpienne, il est encore en rapport avec le grand os, mais à sa partie inférieure.

Ce kyste aurait certainement été d'un diagnostic très-difficile sur le vivant.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 27 novembre 1878.

Présidence de M. GUYON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine, le *Bulletin de l'Académie de médecine*, *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, *l'Anatomie et la Physiologie d'Aristote*, par le Dr Jules Geoffroy;

2° Le *Lyon Médical*, la *Revue Médicale de l'Est*, la *Revue Médicale de Toulouse;*

3° *The British medical journal*, la *Gazette Médicale Italienne-Lombarde*, une *Observation de hernie obturatrice étranglée*, opérée avec succès, par le Dr Zsigmondy, de Vienne, le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, le *Journal mensuel médical de Virginie*, un *Recueil des discours prononcés sur la tombe de Ciniselli*, ainsi qu'un résumé de ses travaux;

4° Une lettre du Dr Lizé, du Mans, adressant à la Société un travail intitulé : *Note relative au traitement des luxations et des écrasements du pied.*

5° Un envoi de la collection de l'*Alger Médical*, avec demande du *Bulletin de la Société de chirurgie*, en échange.

Communication.

M. Théophile ANGER donne lecture d'une observation intitulée :

Tubercule de la choroïde s'étant généralisé aux viscères de l'abdomen chez une jeune fille de 18 ans.

Le 10 novembre 1877, est entrée dans mon service de Lourcine une jeune fille de 18 ans, née en Seine-et-Oise, de parents actuellement bien portants, non phthisiques, et n'ayant elle-même jamais présenté d'indices d'un tempérament scrofuleux.

Les règles apparurent chez elle vers l'âge de 13 ans, mais se montrèrent irrégulièrement depuis, surtout pendant l'hiver. Elle n'a jamais eu d'enfants ni fait de fausses couches. A 17 ans elle eut une légère variole et vers la même époque s'aperçut d'un écoulement jaunâtre et tachant la chemise.

A mon premier examen, le 13 novembre, je constatai : 1° sur la grande lèvre du côté droit l'existence d'une cicatrice récente, encore indurée; 2° dans le vagin de larges exulcérations de la muqueuse et une atrésie telle de l'orifice du col utérin que l'on ne peut y faire pénétrer qu'un stylet de trousse; 3° dans l'aine la présence de quelques petites glandes engorgées et isolées. Cet examen me permit de porter immédiatement le diagnostic de vaginite et de syphilis. L'écoulement verdâtre au vagin fut modifié avec des tampons d'ouate imprégnés d'iodoforme et à l'intérieur on prescrivit des pilules de proto-iodure.

A la visite suivante du 23 novembre, l'état du vagin ne s'étant pas modifié et restant très-douloureux, on continua la poudre d'iodoforme et, en outre, il fallut cautériser des plaques muqueuses de la vulve avec une solution au 30e de nitrate d'argent.

Malgré le traitement local et général, on vit apparaître chez la malade, le 21 décembre 1877, une roséole parfaitement caractéristique et en outre, une irido-choroïdite paraissant des plus manifestes : œil gauche rouge, larmoyant, cercle périkératique; tension du globe oculaire; douleurs péri-orbitaire; rétrécissement et inégalité de la pupille, diminution rapide de la vision.

Impossible d'éclairer le fond de l'œil avec le miroir réflecteur; à l'éclairage oblique on apercevait dans le corps vitré des opacités grisâtres, comme si des dépôts plastiques remplissaient le corps vitré et empêchaient de voir la rétine. Des instillations répétées d'atropine amenèrent peu à peu une dilatation de l'orifice pupillaire qui resta inégal et festonné.

Les plaques muqueuses de la vulve qui étaient plates jusque-là, devinrent végétantes malgré des cautérisations répétées avec le nitrate d'argent.

Le 11 janvier, l'éruption papuleuse de la peau entra en desquamation.

Quelques jours après, le 16 janvier apparurent de vives douleurs dans le genou gauche qui cédèrent rapidement à des applications d'alcool.

Le 18 janvier, les plaques muqueuses végétantes furent cautérisées avec l'acide chromique. Une nouvelle poussée d'irido-choroïdite se manifesta et fut combattue par des vésicatoires volants, La vue s'était complétement abolie, sans que l'examen ophthalmoscopique en rendît compte.

Pendant les mois de février et mars, les végétations furent cautérisées avec l'acide chromique, et l'écoulement vaginal céda peu à peu à des tampons imbibés d'iodoforme.

L'œil gauche, dont la vue restait complétement abolie, devint le siége de plusieurs poussées glaucomateuses caractérisées par une tension notable du globe oculaire et par des douleurs périorbitaires que les vésicatoires et les injections de morphine modifiaient à peine.

J'avoue qu'à cette époque le diagnostic de irido-choroïdite syphilitique avec exsudats plastiques dans le corps vitré était le seul auquel j'eusse songé, quoique la marche de l'affection oculaire m'eût paru singulière et tout à fait anormale, mais au mois de mars la malade avait conservé toutes les apparences d'une santé si non tout à fait satisfaisante, au moins en rapport avec son affection syphilitique.

Mais au commencement d'avril, l'état général se mit à décliner sensiblement. La malade commença presque en même temps à tousser et à vomir. En outre des sueurs nocturnes apparurent, et des craquements furent perçus au sommet du poumon droit. Les phénomènes inflammatoires et glaucomateux du côté de l'œil s'amendèrent en même temps, et c'est seulement alors que je crus devoir modifier le diagnostic d'irido-choroïdite syphilitique et que je fus amené à soupçonner la vraie cause de la perte de la vue et à songer à la possibilité d'un tubercule de l'œil.

L'examen ne fournissait toujours aucun renseignement sur la cause de cette cécité absolue ; mais à l'éclairage oblique, je constatai dans le corps vitré, en arrière du cristallin, la présence de deux replis grisâtres, parcourus par des lignes rouges qui ne pouvaient s'expliquer que par un décollement de la rétine. C'est seulement vers la fin d'avril, alors que la malade était franchement sous le coup d'une tuberculisation pulmonaire, que je considérai l'affection oculaire comme étant de nature tuberculeuse.

La malade toussait incessamment, et expectorait abondamment des crachats épais, jamais sanguinolents. L'amaigrissement faisait des progrès d'autant plus rapides que l'estomac ne pouvait supporter aucun aliment, ni le lait, ni la viande crue, ni la bière ; vers la fin de mai, alors que les poussées glaucomateuses devenaient de plus en plus faibles, à la toux, aux craquements et aux vomissements s'ajoutèrent la diarrhée, mais sans douleurs abdominales ni ballonnement du ventre.

Les règles qui étaient déjà irrégulières avant l'entrée de la malade à l'hôpital ne parurent pas pendant son séjour dans nos salles. Dès le mois de mai l'écoulement blennorrhagique avait cessé et les plaques muqueuses végétantes disparurent à leur tour.

Ce n'est qu'au commencement de mai, en voyant la malade tousser, vomir et dépérir avec rapidité, que je songeai, je le répète, à la possibilité de tubercules de la choroïde, et c'est à ce point de vue que je pratiquai le dernier examen des deux yeux.

L'œil droit était parfaitement intact; l'acuité était normale, il n'existait aucun signe extérieur d'inflammation des membranes profondes et l'examen ophthalmoscopique ne révélait aucune altération de la rétine, ni de la choroïde, ni de l'iris.

Du côté gauche, au contraire, la vue était absolument abolie. L'œil paraissait un peu plus saillant. Il y avait une légère injection de la conjonctive, et l'anneau périkératique était vascularisé. La pression sur un point quelconque du globe oculaire ne provoquait aucun phosphène, mais déterminait une sensation pénible.

L'iris était modérément dilaté; l'ouverture pupillaire, quoique un peu inégale et ayant laissé à la surface du cristallin quelques tractus d'uvée, était largement suffisante pour permettre de constater l'intégrité du cristallin; mais en arrière de la lentille on constatait aisément à l'éclairage oblique un voile grisâtre, déprimé à son centre comme un entonnoir, du centre duquel partaient des lignes divergentes rougeâtres qui n'étaient autres que des vaisseaux rétiniens.

Cet aspect du fond de l'œil ne me laissa plus aucun doute sur l'existence d'un décollement de la rétine, décollement qui paraissait plus complet en dehors et en haut qu'en dedans et en bas. L'examen avec l'ophthalmoscope ne donnait aucun résultat; on n'apercevait rien du fond de l'œil; quelques dépôts pigmentaires à la surface antérieure du cristallin étaient seuls plus visibles.

En présence de ces constatations, le diagnostic primitif d'irido-choroïdite syphilitique n'était plus possible; la syphilis en effet ne pouvait rendre compte ni de la perte rapide et absolue de la vue, ni du décollement de la rétine.

L'hypothèse au contraire de dépôts tuberculeux de la choroïde ayant amené un décollement rétinien et par suite une cécité absolue s'accordait facilement avec les craquements et les gargouillements des sommets des poumons, avec l'amaigrissement et l'état cachectique de la malade. Seuls les vomissements et la diarrhée sans météorisme ni tumeurs appréciables de l'abdomen restaient inexplicables pour moi, mais dès ce moment l'idée d'une tuberculose primitive de l'œil, suivie de généralisation dans les poumons et peut-être les viscères abdominaux, fut franchement admise et partagée par les élèves du service.

Pendant tout le mois de juin les phénomènes oculaires restèrent stationnaires; mais l'affaiblissement et la cachexie tuberculeuse firent des progrès incessants et d'autant plus rapides que les

vomissements et la diarrhée rendaient impossible toute espèce d'alimentation. La malade tout à fait épuisée mourut le 2 juillet sans avoir présenté aucun phénomène morbide du côté de l'encéphale.

A l'ouverture de l'abdomen on trouve toute la surface du feuillet pariétal du péritoine criblée de nodus tuberculeux dont le volume varie de la grosseur d'un grain de millet à celle d'un noyau de cerise.

Ce ne sont pas seulement des granulations, mais de vrais tubercules crus d'un blanc cendré, qui sont semés par centaines sur toute l'étendue du péritoine pariétal et même viscéral. La cavité péritonéale elle-même ne contient pas une goutte de liquide épanché, mais les anses intestinales sont accolées les unes aux autres par un exsudat poisseux qui n'empêche pas de dérouler l'intestin.

L'estomac est assez difficile à isoler, parce qu'il est accolé aux organes voisins et à des masses ganglionnaires tuberculeuses. On remarque à sa face interne, surtout au niveau de la grande courbure, un piqueté hémorrhagique et dans le voisinage du pylore plusieurs ulcérations isolées qui correspondent à des indurations tuberculeuses de sa paroi. Dans l'intestin, surtout vers l'iléon, se voient de nombreuses mais petites ulcérations qui correspondent à deux nodus tuberculeux qui font saillie sur la surface péritonéale. Le foie très-volumineux remplit la partie supérieure de l'abdomen. La surface est lisse et n'est parsemée d'aucun nodule tuberculeux; son tissu est gris jaunâtre, très-friable, mais il n'existe aucun dépôt tuberculeux ni à sa surface, ni dans son épaisseur.

Au niveau du petit bassin, le péritoine qui recouvre la vessie offre çà et là des masses tuberculeuses, qui ne pénètrent pas jusqu'à la muqueuse et qui n'ont amené aucune ulcération de la muqueuse. On rencontre de même de nombreux petits nodules sur la surface péritonéale de l'utérus, mais rien sur sa muqueuse, ni dans son épaisseur.

Les trompes et les ovaires sont non-seulement recouverts de dépôts tuberculeux, mais ils en sont pour ainsi dire farcis, au point que les trompes ont acquis la grosseur du petit doigt. La surface muqueuse en est absolument infiltrée.

La rate est volumineuse, congestionnée et friable; mais ne présente aucun tubercule.

Les organes du thorax sont relativement bien moins envahis que ceux de l'abdomen par les dépôts tuberculeux. Les sommets des poumons ont contracté des adhérences très-étendues et très-solides avec les parois thoraciques. A la base du poumon droit existe en outre un peu de liquide épanché. Le sommet de ce poumon droit est creusé d'une caverne à parois indurées et infiltrées de

masses tuberculeuses. A gauche et au sommet existent quelques petites cavernules isolées.

Le cœur est mou et de volume normal.

Le cerveau est sain, d'une consistance normale; on ne trouve ni dans les méninges, ni dans l'épaisseur de l'encéphale aucune trace de tubercule.

L'œil droit qui, pendant la vie, n'avait présenté aucune altération fonctionnelle ou physique, est parfaitement indemne de tubercule. Toutes les membranes internes, iris, choroïde, rétine sont parfaitement normales.

Sur l'œil gauche, on constate d'abord sur la face antérieure du cristallin des petits tractus de pigment irien, abandonnés par l'iris au moment de sa dilatation sous l'influence des instillations d'atropine.

Le cristallin est transparent et intact.

Le globe oculaire lui-même ne semble avoir subi aucune déformation extérieure. La sclérotique est seulement amincie et bleuâtre au côté externe.

Après avoir enlevé avec précaution et sous l'eau le segment antérieur de l'œil, on aperçoit le décollement de la rétine qui est partout décollée excepté au niveau de la tumeur, sur laquelle elle passe en se modelant, et à laquelle elle est légèrement adhérente, de sorte qu'on peut dire que la rétine était partout détachée de la choroïde excepté au niveau du tubercule. Ce tubercule est situé au côté externe du globe oculaire. Son aspect est blanc jaunâtre, sa consistance assez ferme. Il offre environ le volume et la forme d'un gros noyau de cerise. A son niveau, la choroïde cesse d'apparaître comme membrane distincte. Il s'est manifestement développé aux dépens de la choroïde, mais a déjà envahi la sclérotique dans une grande partie de son épaisseur. La rétine elle-même passe sur le tubercule et est reconnaissable, quoiqu'il soit impossible de l'en détacher sans la déchirer. Ainsi, le tubercule développé aux dépens de la choroïde a contracté des adhérences, d'une part avec la sclérotique, et de l'autre, avec la rétine, sans avoir encore détruit complétement ni l'un ni l'autre. Dans tout le reste de l'étendue de la choroïde, cette membrane est saisie et ne présente aucune granulation tuberculeuse. Dans l'épaisseur de la rétine décollée existent disséminés çà et là 5 ou 6 granulations tuberculeuses du volume d'un grain de millet.

L'examen microscopique de l'œil et des lésions du péritoine a été fait dans le laboratoire de M. Robin, et je vais mettre sous vos yeux quelques-unes des coupes du tubercule de l'œil et des tubercules de l'estomac.

Sur ces coupes, faites au niveau de la rétine, on retrouve les éléments de la rétine, et spécialement les fibres de Müller. Les cônes

et les bâtonnets ont disparu ; à la surface externe de la rétine est accolée une couche de fibres élastiques encore aisément reconnaissables. Mais les cellules pigmentaires ont disparu au voisinage du produit tuberculeux. Celui-ci apparaît sous forme de très-petites cellules analogues à celles de la lymphe et plongées dans un réticulum extrêmement fin. En outre, de nombreuses granulations graisseuses se voient dans les préparations. A la périphérie du tubercule, on retrouve çà et là, dans l'épaisseur de la choroïde, de tous petits noyaux tuberculeux isolés de la masse générale.

Les coupes faites au niveau de la sclérotique nous montrent les éléments internes de cette membrane déjà envahis et remplacés par des granulations tuberculeuses.

Les coupes faites au niveau des tubercules de l'estomac nous montrent les granulations tuberculeuses ayant envahi toute l'épaisseur des tuniques, et quelques-unes sont déjà ulcérées.

Pour me mettre à l'abri de toute erreur d'interprétation, j'ai comparé les coupes minces de ces tubercules d'une part, avec des ganglions tuberculeux pris sur d'autres sujets phthisiques, et d'autre part, avec un glyo-sarcome de la rétine que j'ai eu l'occasion d'enlever sur un jeune enfant de 2 ans. Ces examens comparatifs ne laissent aucun doute dans l'esprit sur l'origine tuberculeuse de ces produits, dont je soumets du reste plusieurs préparations à votre examen.

Le fait que je viens de vous exposer pourrait se prêter à des considérations très-variées, dont je ne ferai ressortir que deux ou trois qui me semblent d'un plus grand intérêt.

Il y a d'abord le côté clinique, et par là j'entends la question du diagnostic.

Voilà une jeune fille atteinte de syphilis qui est prise sous nos yeux d'une inflammation des membranes profondes d'un seul œil, qui malgré un traitement énergique perd complétement la vue sans que tout d'abord l'examen ophthalmoscopique le plus consciencieux puisse rendre compte de cette cécité complète et absolue. Était-il possible, au début, de diagnostiquer la nature de son affection ? Était-il possible de distinguer chez elle l'irido-choroïdite tuberculeuse de l'irido-choroïdite syphilitique ? Quels sont les signes différentiels de ces deux affections qui, dès le début, auraient pu me conduire au vrai diagnostic ?

Une première considération à relever est l'époque du début de l'affection. L'iritis syphilitique est considérée par la plupart des syphiliographes comme un phénomène de transition, qui apparaîtrait entre les accidents secondaires et tertiaires. Chez notre malade, c'est en pleine évolution des accidents secondaires, au moment où presque toute la surface de la peau est couverte de roséole,

qu'éclatent les premiers signes de la tuberculose oculaire. Je sais qu'il y a des irido-choroïdites syphilitiques prématurées ; mais elles sont certainement exceptionnelles, et leur rareté doit dès lors éveiller l'attention du chirurgien sur la possibilité d'une inflammation d'une autre nature.

En second lieu, il faut signaler la marche de l'une et l'autre affections. L'iritis syphilitiqueest ordinairement insidieuse ; elle a une marche lente, elle est peu douloureuse ; ses adhérences au cristallin existent déjà lorsqu'éclatent les phénomènes inflammatoires ; aussi les instillations d'atropine dilatent-elles lentement, inégalement l'orifice pupillaire. Chez notre jeune fille les phénomènes inflammatoires se sont montrés brusquement, avant que l'iris n'ait contracté des adhérences solides avec le cristallin, aussi la dilatation pupillaire a-t-elle été plus facile et rapide qu'on ne l'observe généralement dans l'iritis spécifique.

La douleur, la dureté du globe oculaire ont été également beaucoup plus marquées qu'elles ne le sont dans les inflammations spécifiques.

Enfin et surtout le signe capital qui différencie les deux affections l'une de l'autre, c'est la rapidité de la cécité qui a été immédiate, presque instantanée chez notre malade, alors que dans l'irido-choroïdite syphilitique, la cécité absolue et rapide est tout à fait exceptionnelle.

L'examen ophthalmoscopique de l'œil n'a donné que des résultats négatifs dans les trois ou quatre premiers mois. Dès les premiers jours et malgré la dilatation insuffisante de la pupille, malgré la transparence du cristallin, il était impossible de rien distinguer du fond de l'œil, et bien que surpris de cette rare disposition, nous crûmes que la rétine nous était cachée par des dépôts plastiques du corps vitré. Ce n'est que plus tard, lorsque je soupçonnais la nature tuberculeuse de l'affection oculaire que je reconnus clairement un décollement de la rétine dans ces dépôts soi-disant syphilitiques.

Vous voyez, messieurs, que les signes différentiels des deux affections oculaires ne manquaient pas chez notre malade : mais vous avouerez qu'il était difficile de ne pas s'y tromper en présence, d'une part, d'une syphilis certaine, et de l'autre, d'un sujet qui paraissait jouir d'une santé florissante. Il n'a fallu rien moins que l'apparition de la toux et des craquements au sommet du poumon pour m'ouvrir les yeux. Je crois fort, d'ailleurs, que de plus habiles que moi s'y seraient trompés. Ainsi Mackensie, dans les trois observations qu'il rapporte de tubercules de l'œil, ne paraît pas avoir porté un diagostic certain avant la mort de ses malades.

PARIS. — Imp. Paul DUPONT, rue J.-J.-Rousseau, 41. (1692, 12-78.) *Le Gérant :* G. MASSON.

Jacobs également parle des difficultés qu'il y a à distinguer les tubercules de l'œil de l'iritis syphilitique.

L'apparition même des craquements et des gargouillements au sommet des poumons ne constituerait pas, d'après une leçon récente de M. Fournier, un signe caractéristique des tubercules, car il décrit une phthsie syphilitique dont les symptômes ne sont pas sans analogie avec la tuberculisation pulmonaire vraie.

Au point de vue de la pathogénie, il n'est pas sans intérêt de signaler l'analogie que la tuberculose de l'œil a présentée chez notre jeune fille avec les affections malignes de la choroïde et de la rétine, telles que le sarcome et le glyôme.

A ce point de vue, on est frappé de l'identité dans la marche de ces différentes affections. L'observation de notre malade démontre que le tubercule, comme le sarcome de la choroïde, a une grande tendance à la généralisation, principalement dans les viscères abdominaux. Il y a eu cependant cette différence que le foie était indemne de tubercules chez notre malade, tandis qu'il est le lieu d'élection du sarcome de la choroïde qui s'est généralisé. Dans le cas actuel, c'est spécialement sur toute la surface séreuse du péritoine qu'il s'est développé de préférence, les autres viscères comme l'estomac, l'intestin et les organes génitaux, n'ayant été envahis que secondairement et par voisinage. N'est-il pas surprenant que les milliers de tubercules dont cette séreuse était criblée n'aient déterminé d'autre trace de péritonite qu'un état poisseux de la surface péritonéale ?

Reste la question du traitement à examiner :

Etant admis qu'un tubercule de la choroïde est susceptible de se généraliser à la façon du sarcome en un mélano-sarcome, quelle doit être la conduite du chirurgien en présence d'un cas de ce genre ?

Telle est la question que je suis naturellement amené à soulever devant la Société.

Pour la résoudre, je rappellerai que le tubercule de l'œil chez la malade qui fait le sujet de cette communication est resté près de 4 mois localisé au globe oculaire. Prise en décembre, cette jeune fille a conservé une santé aussi satisfaisante que le comportait sa syphilis, jusqu'au mois d'avril. Alors, seulement, elle a commencé à tousser, puis à vomir, et, à partir de ce moment, elle est allée déclinant et dépérissant à vue d'œil, jusqu'au moment de sa mort, qui a eu lieu le 2 juillet.

Il me paraît donc certain que l'affection tuberculeuse est restée confinée dans l'œil pendant 4 mois environ ; et ce qui me confirme dans cette opinion, c'est la cessation presque complète des phénomènes inflammatoires dans l'œil dès que la toux et les

vomissements, indices de la généralisation, se sont manifestés. L'ablation du globe oculaire, alors qu'il est permis de supposer que lui seul est affecté, aurait-elle prévenu la généralisation de l'affection tuberculeuse?

Pour ma part, je crois la chose possible, et si mon diagnostic eût été arrêté pendant cette période d'état, je n'eusse pas hésité à faire l'extirpation d'un œil complétement perdu pour la vision. Pourquoi, en effet, ne pas agir vis-à-vis du tubercule comme vis-à-vis du sarcome de la choroïde, puisque les deux produits sont assimilables au point de vue de leur malignité ?

Cette pratique me semble tellement rationnelle que je n'hésite pas à la proposer comme la conclusion logique du fait que je viens d'exposer devant la Société.

Discussion.

M. Terrier. J'ai écouté avec intérêt la communication de M. Anger, mais je ne puis accepter la thérapeutique qu'il propose pour combattre le tubercule oculaire.

Je ne puis pas d'abord admettre qu'il n'exista pas de tubercules ailleurs que dans l'œil, mais, en admettant même cette localisation, je ne crois pas que l'énucléation de l'œil eût pu empêcher la tuberculisation de se généraliser. Sur quels faits peut-on s'appuyer? Je comprends que pour une tumeur de mauvaise nature, on puisse recourir à cette opération, mais pour un tubercule, je n'en vois pas la nécessité.

M. Anger. Mon collègue, M. Terrier, m'objecte que la femme devait être tuberculeuse. J'avoue que je ne sais sur quels signes on aurait pu se fonder pour porter ce diagnostic, car cette femme ne toussait pas, n'avait pas de sueurs nocturnes, et elle est restée 4 mois dans mon service sans présenter de signes de tubercules pulmonaires.

Notre collègue me dit aussi qu'on n'arrêtera pas la tuberculisation en enlevant l'œil; je suis de cet avis, s'il y avait déjà eu des symptômes de tuberculisation, mais, dans ce cas, je suis persuadé que la tuberculisation a eu pour point de départ le tubercule oculaire. Je me suis donc comporté comme pour le sarcome; s'il y avait eu signe de généralisation, je n'aurais pas opéré.

M. Giraud-Teulon. En se basant sur presque tous les faits connus, je crois qu'il n'aurait pas fallu considérer le tubercule de la choroïde comme devant être le point de départ de la tuberculisation générale, mais bien comme le signe de la tuberculose généralisée.

M. Anger. Je sais parfaitement que la tuberculose de l'œil n'a été observée qu'à la période ultime, mais le fait dont je viens de

vous entretenir m'a paru digne d'intérêt, parce que la marche des tubercules a été complétement anormale.

Presque toujours on n'a observé de tubercule de l'œil qu'avec une tuberculose générale, et encore ne l'a-t-on souvent découvert que tout à fait par hasard.

Je rapprocherais volontiers l'histoire de ma malade de celle des tubercules de la prostate et du testicule. C'est un fait tout à fait exceptionnel, quoique, cependant, on puisse trouver dans Mackensie 3 observations qui pourraient être rapprochées de la mienne. Il s'agit de trois jeunes filles de 17 à 20 ans, qui présentaient de petites tumeurs de la sclérotique près de la tempe. Mackensie ne porta pas de diagnostic, mais il dut soupçonner la nature tuberculeuse, car il vit mourir ces jeunes filles avec des tubercules pulmonaires.

Dans Jacobs, on trouve un chapitre où on traite le diagnostic de l'iritis syphilitique et de l'iritis tuberculeux.

M. Panas. Partageant l'avis de MM. Terrier et Giraud-Teulon, je crois que le tubercule de la choroïde est presque toujours secondaire. Ce genre de production se développe le plus souvent sans accident, aussi ne l'a-t-on souvent trouvé sur des yeux que l'on ne soupçonnait pas malades.

Le tubercule peut-il se développer primitivement dans l'œil? Les faits connus ne permettaient pas de donner une réponse affirmative; cependant je crois que ces faits existent, et, pour mon compte, j'ai recueilli 2 observations dans lesquelles j'affirme que le poumon était parfaitement sain, lorsque je reconnus le tubercule de l'œil; je puis cependant dire que ces deux sujets appartenaient à des familles de tuberculeux.

Le premier cas est celui d'un enfant de 17 ans, qui vint dans mon service pour une masse purulente siégeant au niveau du tendon du droit supérieur. Je fis l'énucléation, et je pus constater que la choroïde était parsemée de tubercules disséminées.

Le second cas était celui d'une jeune fille de 18 ans, qui se présenta avec un hypopion et un bourgeon purulent; elle était très-maigre, n'était pas réglée. Je portai le diagnostic de tubercules, et je trouvai en effet des granulations tuberculeuses.

Lorsque je vis ces deux malades, il me fut impossible de trouver des signes d'accidents pulmonaires.

Je crois donc, d'après ces deux faits, que, contrairement à ce qui se trouve dans les auteurs, le tubercule de l'œil peut ouvrir la marche de tuberculose.

M. Terrier. J'accepte parfaitement que la tuberculose puisse

commencer par l'œil, mais je n'accepte pas que l'énucléation puisse enrayer la marche de la tuberculisation.

M. Lucas-Championnière. Les tubercules oculaires rentrent dans la classe de tuberculose à forme externe : tubercules de la langue, de la conjonctive, de la marge de l'anus, qui débutent avant la tuberculose générale. Je rappellerai, à ce sujet, l'observation d'ulcère tuberculeux de la langue, observée par M. Trélat, dans laquelle le malade ne présenta d'accidents généraux que 2 ans plus tard.

Mais cette apparition hâtive ne peut pas autoriser l'ablation des parties malades, car on n'arrêtera pas la marche générale.

M. Anger. Je suis très-heureux de connaître les deux cas de M. Panas, car ils viennent sanctionner la conduite que j'ai cru pouvoir proposer.

On me dit : A quoi bon enlever l'œil ? vous n'arrêterez pas la tuberculose. Je répondrai que l'on ne peut pas savoir quand les signes généraux des tubercules apparaîtront, et que le tubercule de l'œil pouvant se ranger dans la catégorie des tubercules externes, je crois que l'on peut suivre une conduite analogue à celle que l'on suit pour le testicule.

M. Verneuil. La question qui vient d'être soulevée, présente deux points tout à fait différents, un d'anatomie pathologique, l'autre de médecine opératoire.

Le premier n'est pas douteux, ce malade avait bien un tubercule de la choroïde.

Le second est plus discutale. M. Panas a opéré ces deux malades parce qu'ils étaient atteints d'accidents douloureux qui ont forcé la main du chirurgien.

Le fait de M. Anger est tout autre ; la malade ne souffrait pas, elle ne se plaignait que de la perte de la vue. L'opération aurait-elle pu être de quelque utilité à la malade ? Je ne le crois pas.

Lorsqu'une tumeur de nature tuberculeuse n'occasionne pas d'accidents, il ne faut pas opérer. Ne voyons-nous pas tous les jours des individus atteints de testicules tuberculeux vivre parfaitement sans opération; de plus nous savons tous, depuis la thèse de Dufour, quels tristes résultats donne la castration dans le cas de tuberculisation du testicule.

Pour mon compte, je ne touche jamais à un foyer tuberculeux qui n'occasionne pas de graves accidents, et même dans le cas d'accidents inflammatoires, je préfère ne pas faire l'ablation; aussi suis-je d'avis qu'il ne faut pas opérer un œil tuberculeux qui n'est pas le siége d'inflammation.

M. Trélat. J'appuie ce que vient de dire M. Verneuil. En fait de tumeur tuberculeuse, il n'y a pas avantage à opérer.

Enlever une joue, une langue, un rectum tuberculeux, c'est parfaitement inutile au point de vue pratique. Mais je répéterai ce que j'ai dit pour la tuberculisation de la langue: certains individus ont des douleurs vives, d'autres ne souffrent pas. Opérez ceux qui souffrent, débarrassez-les de leur foyer tuberculeux douloureux.

En un mot, opérez les complications, mais sans cela ne touchez pas aux masses tuberculeuses; pour le tubercule de l'œil, il y aurait peut-être une distinction à faire; le plus grand nombre de tubercules existe dans l'hémisphère postérieur, mais si les tubercules de l'hémisphère antérieur pouvaient développer des ophthalmies réflexes, craintes que des recherches ultérieures pourront seules confirmer, on aurait peut-être le droit d'intervenir ; mais tant que la science ne sera pas fixée sur ce point, il ne faudra pas opérer.

M. Giraud-Teulon. Puisqu'il est prouvé qu'il peut exister des tubercules choroïdiens antérieurement à une tuberculisation générale, je serais assez disposé à opérer, s'il y avait des indices d'ophthalmie réflexe.

M. Anger. Je ferai observer à M. Verneuil qu'en opérant j'aurais suivi, complétement, les indications qu'il vient de donner, car ma malade présentait des douleurs très-vives.

Je répondrai à M. Giraud-Teulon que le diagnostic sera certainement très-difficile, mais qu'il faut agir pour un œil tuberculeux comme on le ferait pour le sarcome.

Lecture.

M. Judes Hue, de Rouen, donne lecture d'une observation intitulée : *Contribution à l'étude du traitement de l'inversion totale de l'utérus. — Ligature élastique. — Guérison.*

(*Commission :* MM. Blot, Delens, Guéniot.)

Présentation d'instruments.

I.

M. Neel, aumônier honoraire de la marine, présente de nouveaux appareils de bras et d'avant-bras artificiels et un nouvel appareil pour les fractures non consolidées de la rotule.

(*Commissaire :* M. Farabeuf.)

II.

M. Poulet, aide-major de 1re classe, surveillant à l'école du Val-de-Grâce, présente un modèle de trépan.

(*Commissaire :* M. Le Dentu.)

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le Secrétaire,
Horteloup.

Séance du 4 décembre 1878.

Présidence de M. Guyon.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine, le *Bulletin de l'Académie de médecine*, le *Bulletin général de thérapeuthique*, les *Archives générales de médecine*, la *Revue scientifique de la France et de l'Etranger ;*

2° Le *Montpellier médical,* le *Lyon médical*, le *Marseille médical.* Deux observations de malformations congénitales du membre thoracique. Brachydactylie et heptadactylie, par le Dr Manouvriez, de Valenciennes.

3° Un cas d'occlusion intestinale, note clinique par le Dr Andrea Cucherelli, *The British medical Journal*, la *Gazette médicale de Bahia Indépendant*, la *Gazette médicale de Turin*, le *Compendium de pathologie, chirurgicale élémentaire* du Dr Domingo Carlos de Bahia, la *Gazette de santé militante de Madrid.*

Rapports.

I.

M. Terrier donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Galezowski, intitulé : *Traitement de l'ophthalmie granuleuse par l'incision du cul-de-sac conjonctival.*

Il y a déjà quelque temps, M. X. Galezowski vous a lu son court travail, et voici en résumé ce que propose l'auteur de cette communication :

A l'aide d'une double pince à griffes, on saisit le cul-de-sac conjonctival supérieur ou inférieur, et on l'attire en avant ; ceci fait,

on incise d'abord la conjonctive le long du cul-de-sac, le plus loin possible de la cornée, puis une deuxième incision est faite parallèlement à la première, à la limite du bord supérieur ou inférieur du cartilage tarse. De cette façon on peut détacher la conjonctive du cul-de-sac, sans intéresser soit la conjonctive oculaire, soit la conjonctive palpébrale au niveau des tarses.

Les suites de cette opération seraient des plus simples, d'après l'auteur, tantôt il n'y a qu'une très-légère inflammation, tantôt, au contraire, on observe une suppuration abondante avec gonflement considérable des paupières, ce qui n'est pas aussi *simple* qu'on veut bien le dire. Toutefois ces phénomènes cèdent aux cautérisations qu'on recommence dès le troisième jour pour les suspendre ou les interrompre dès que cesse la suppuration.

Dans quelques cas, les accidents sont plus graves, et M. Galezowski avoue avoir perdu deux yeux à la suite de cette intervention. Cela tient, dit-il, à ce que la cornée de l'œil opéré n'était pas assez vascularisée ; il faut donc qu'il y ait un pannus granuleux pour faire l'opération qu'il propose ; encore, n'est-ce pas une raison suffisante pour mettre à l'abri des accidents, puisque chez un malade qui se trouvait dans ces conditions, l'opération n'a pas empêché la suppuration de la cornée et la perte de l'organe.

Parmi les objections qui ont été faites à cette méthode, on a pensé que l'excision des culs-de-sac pouvait déterminer, ultérieurement, une élévation des cartilages tarses, de l'entropion ou de l'ectropion. Or, l'auteur affirme d'une *manière absolue* (*sic*) que pratiquée selon ses indications, il n'y a rien à craindre de ce côté. Nous avouons que cette assurance catégorique ne nous satisfait que médiocrement. Il résulte, en effet, des recherches les plus récentes sur les granulations néoplasiques [1], que celles-ci se cicatrisent, c'est-à-dire que la conjonctive tend à se retracter, à se transformer en tissu de cicatrice, dans les points où primitivement elle présentait des granulations. Or, l'excision des culs-de-sacs ne fait qu'ajouter à cette tendance à la rétraction cicatricielle, rétraction qui se traduit presque toujours par un épaississement, une déviation des cartilages tarses.

Empressons-nous d'ajouter que, par cette excision des culs-de-sac, M. Galezowski ne peut prétendre enlever toutes les granulations, celles-ci, en effet, sont disséminées en d'autres points, plus particulièrement sur la conjonctive des tarses, que précisément il respecte avec soin. Dailleurs son opération faite, il est souvent obligé de continuer les cautérisations soit à l'azotate d'argent, soit au sulfate de cuivre.

[1] Saemisch, t. IV, p. 39.

Dans quelques cas, dit-il, l'opération suffit pour la guérison, mais dans combien de cas? S'il est obligé de continuer les cautérisations, pendant combien de temps doit-il encore traiter ses malades? Ces questions ne sont pas résolues dans la note qui vous a été lue par l'auteur; il dit cependant que cette guérison a pu se faire attendre depuis 3 *mois jusqu'à 2 ans.*

M. Galezowski affirme avoir pratiqué 227 fois cette opération; 2 fois il y eut perte de l'œil consécutive, 7 fois l'affection granuleuse n'a pas été modifiée, enfin, 5 fois il n'a pu suivre ses malades.

Si donc, dit-il, on voulait considérer ces 14 cas comme des insuccès, cela ferait 213 guérisons sur 227 malades. Ces résultats sont-ils immédiats, faut-il attendre 2 mois, voire même 2 ans, pour les constater? l'auteur ne s'explique pas sur ce point litigieux.

Mais il est un fait sur lequel je désire attirer votre attention, c'est que le traitement que je vous ai exposé, a été préconisé par M. Galezowski, depuis plusieurs années. En janvier 1874, c'est-à-dire il y a près de 5 ans, l'auteur publiait ses vues sur l'excision chez les granuleux et disait:

« L'excision du cul-de-sac conjonctival supérieur seul, ou du « supérieur et inférieur en même temps (*sic*), est la méthode que « j'emploie *depuis plus de 4 ans*, et qui m'a donné d'excellents ré- « sultats sur plus de 200 malades, chez lesquels toutes les autres « méthodes de traitement sont restées sans résultats [1]. »

De 1870 à 1874, M. Galezowski guérit plus de 200 malades, soit 201 par exemple, et il n'a pas eu d'accidents [2]; puis de 1874 à 1878, sa statistique s'augmente de 27 malades, sur lesquels 2 perdent l'œil, 7 n'ont rien gagné, 5 ont été perdus de vue, en tout 14, reste 13 malades.

Pourquoi en 4 ans M. Galezowski a-t-il eu 200 succès tandis qu'il n'en aurait eu que 13 en quatre autres années? Nous ne nous expliquons pas ce fait étrange qui résulte des assertions mêmes de l'auteur.

Notons que M. Galezowski rapporte 30 observations à l'appui de son traitement. Dans la première, la guérison se serait faite en 3 mois, dans la deuxième, le malade est *presque complètement* guéri au bout d'un an. Quant à la troisième observation, elle a trait à un malade qui vous fut présenté par l'auteur: cette jeune femme a subi l'excision des culs-de-sac supérieurs; or, ajoute M. Galezowski, les paupières supérieures sont guéries, tandis que les inférieures sont encore malades malgré les cautérisations faites

[1] *Recueil d'ophthalmologie*, 2e série, janvier 1874, p. 143.

[2] *Recueil d'ophthalmologie*, 2e série, janvier 1874, p. 143.

deux fois par jour (*sic*). Notons que la malade de M. Galezowski n'avait pas de pannus, lorsqu'il l'a opérée, et qu'en fait, elle n'est nullement guérie, quoi qu'il en dise.

Comment agit l'excision des culs-de-sac? Telle est la question que se pose l'auteur et qu'il résout avec une *étonnante facilité*. Les granulations pénètrent dans les glandes des culs-de-sac, et impriment un caractère infectant à leur sécrétion; on enlève les culs-de-sac et leurs glandes, donc on supprime la cause de la maladie.

Nous ne croyons pas devoir discuter cette théorie fantaisiste: il est vrai que l'auteur a aussi écrit que les granulations devaient provenir soit d'un parasite végétal, soit d'un animacule quelconque [1].

M. Terrier termine en proposant :

1° De remercier l'auteur;

2° De déposer son mémoire aux archives.

Discussion.

M. Desprès. J'ai été très-heureux d'entendre M. Terrier adresser de sérieuses critiques au procédé proposé par M. Galezowski, car je partage entièrement son opinion.

Le fait anatomique sur lequel se base M. Galezowski est connu depuis longtemps, sans que je sache exactement quel est l'auteur qui l'a indiqué le premier : je veux parler de la persistance avec laquelle les granulations résistent dans les culs-de-sac de la conjonctive. Il y a, dans cette affection, quelque chose d'analogue à ce que l'on rencontre dans les vaginites; après avoir vu disparaître l'inflammation de tout le vagin, on trouve dans les culs-de-sac vaginaux des granulatons qui sont souvent le point de départ de récidive.

De même pour les granulations de la conjonctive : les paupières sont complétement guéries que l'on trouve encore des granulations dans les culs-de-sac, aussi ai-je toujours soin de passer le crayon dans cette région, pendant une quinzaine de jours, après la guérison apparente de la conjonctivite.

Mais de là à conseiller l'opération de M. Galezowski, il y a une grande différence, d'autant plus que les résultats publiés par M. Galezowski sont de date récente et qu'il est nécessaire de suivre longtemps les malades pour affirmer des guérisons durables.

M. Panas. J'approuve complétement les conclusions très-sages et très-justes de M. Terrier.

Dans la guérison de la conjonctivite granuleuse, il faut toujours

[1] *Traité des maladies des yeux*, 1re partie, p. 217, 1870.

redouter le rétrécissement qui tient à la longueur de la maladie, et aussi à une disposition particulière inhérente au malade. Cette raison me fait donc repousser l'excision de la conjonctive qui a des chances pour devenir trop étroite. Je ne comprends pas trop le mécanisme du procédé de M. Galezowski, car il parle d'incision de glandes dont l'histoire physiologique est encore à faire.

Sans entrer dans les détails de cette question, je crois cependant que l'on peut peut-être expliquer comment M. Galezowski a pu guérir des malades en pratiquant cette incision en pleine granulation.

Tout travail suppuratif amène, en effet, la résolution des granulations, c'est ainsi qu'agit l'inoculation blennorrhagique, dont je vous ai montré un beau résultat; les caustiques amènent une inflammation résolutive, et il est probable que l'incision se comporte de la même façon, mais je ne puis pas regarder comme un progrès l'excision du cul-de-sac conjonctival, car, si elle donne un résultat, elle ne le donne qu'en développant un travail suppuratif.

M. Giraud-Teulon. Je crois que M. Panas a été trop loin en admettant que l'excision de la conjonctive amènera forcément une rétraction; je suis loin de nier la rétraction cicatricielle de la conjonctive, mais je crois qu'elle est moins à craindre pour la conjonctive que pour les autres régions du corps.

Ainsi, nous obtenons d'excellents résultats, par l'excision, dans l'hypertrophie de la conjonctive ou encore dans le prolapsus de la conjonctive qui accompagne quelquefois la ténotomie.

Les résultats obtenus avec l'excision, dans ces cas, prouvent que la rétraction cicatricielle est moins à redouter pour la muqueuse conjonctivale que partout ailleurs.

Je voudrais faire observer à M. Desprès que les granulations des culs-de-sac sont toutes spéciales et qu'elles diffèrent beaucoup des granulations de la portion palpébrale de la conjonctive; dans cette région on rencontre des granulations désignées sous le nom de trachomes, qui forment des grains durs, raboteux, très-tenaces; aussi guérit-on quelquefois les culs-de-sac sans pouvoir modifier le reste de la conjonctive.

M. Panas. Je désire répondre à M. Giraud-Teulon que je ne redoute pas les rétractions cicatricielles de la conjonctive, mais que je trouve tout à fait inutile, dans le cours d'une maladie qui a déjà une disposition à rétrécir les tissus, d'enlever un morceau de ce tissu.

M. Terrier. L'histoire histologique des granulations est loin d'être nette, et il est difficile de déterminer, par l'anatomie pathologique, quelle est leur nature clinique.

Saemisch a décrit deux espèces de granulations : l'une qui siége dans le cul-de-sac, serait une hypertrophie des glandes lymphoïdes de la conjonctive, l'autre, diffuse dans la conjonctive, siégeant principalement au niveau des cartilages tarses dont elle amenait ultérieurement l'altération.

En attaquant les culs-de-sac, on ne toucherait qu'à une seule espèce de granulations et on n'agirait pas sur les granulations qui siégent sur les cartilages tarses.

(Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.)

II.

M. Duplay, au nom d'une commission composée de MM. Delens, Périer et Duplay, lit un rapport sur une observation de M. Blum, intitulée :

Paralysie du nerf radial, consécutive à une plaie de l'avant-bras; troubles dans la zone d'innervation du médian. Elongation du nerf radial et du médian ; suivi d'une observation personnelle de *compression du nerf cubital par un fibrome cicatriciel, guéri par l'ablation du nodus cicatriciel et l'élongation du nerf,* par le Dr Duplay.

Messieurs,

A la fin de l'année dernière, M. Blum lisait à la Société une observation de paralysie traumatique des nerfs médian et radial, guérie par l'élongation de ces troncs nerveux, et vous m'aviez chargé, au nom d'une commission composée de MM. Delens, Périer et Duplay, de vous rendre compte de ce travail.

C'était à la fin de l'année, époque où nos séances sont remplies par les élections de nombreuses commissions, et il m'a été impossible de vous communiquer mon rapport avant la publication, dans les *Archives* de janvier 1878, d'un mémoire de M. Blum renfermant le fait en question.

Si je vous demande la permission de contrevenir au règlement en communiquant aujourd'hui mon rapport, c'est, d'une part, parce que le fait de M. Blum offre un réel intérêt, et, d'autre part, parce que ce rapport me fournit l'occasion de porter à votre connaissance une observation personnelle qui présente quelques points d'analogie avec celle de M. Blum, et qui me paraît mériter votre attention.

Voici d'abord, en résumé, le fait de M. Blum.

Il s'agit d'un jeune homme de 29 ans qui, 2 mois auparavant, s'était blessé avec un couteau pointu et tranchant, lequel pénétra obliquement de dedans en dehors et, un peu de haut en bas, dans la partie supérieure de l'avant-bras droit.

10 jours après, la blessure était complétement cicatrisée, mais le malade ne put reprendre ses occupations à cause de la faiblesse de son bras, qui devenait le siége d'un gonflement qui remontait jusqu'au creux de l'aisselle, dès qu'il tentait de s'en servir.

A l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu, M. Blum constate l'existence d'une cicatrice longue de 3 centimètres 1/2, située à 2 centimètres au-dessous du pli du coude, dont l'extrémité interne répond au trajet du médian et l'externe à celui du radial. Cette cicatrice est rouge, légèrement élevée au-dessus de la peau, et très-sensible au contact le plus léger. La peau de l'avant-bras, et surtout de la main, est rouge, luisante, comme marbrée. Les masses musculaires de l'avant-bras ont diminué de volume. Les muscles innervés par le radial (sauf les supinateurs) ont perdu une partie de leur puissance contractile. Il en est de même des muscles fléchisseurs superficiel et profond. Les muscles de la paume de la main paraissent intacts.

On constate, en outre, quelques troubles de la sensibilité : 1° des douleurs lancinantes mal délimitées le long de l'avant-bras; 2° une plaque d'hyperesthésie, large comme une pièce de 5 francs, située en dehors de la cicatrice, sur le trajet du nerf radial; 3° une douleur à la pression du médian, au niveau du pli du coude ; 4° une anesthésie complète dans le tiers externe de la partie inférieure et postérieure de l'avant-bras et la face dorsale du pouce, de l'index, de la moitié externe du médius ; 5° une analgésie et une perte de la sensibilité à la température dans les mêmes régions.

Malgré l'emploi des courants électriques, les troubles fonctionnels augmentant, M. Blum se décide à intervenir. Après avoir chloroformé le malade et appliqué la bande d'Esmarck, le chirurgien fait une incision sur le bord interne du long supinateur, au niveau de l'extrémité externe de la cicatrice, et met à nu le nerf radial. Il s'assure que ce nerf n'est le siége d'aucun névrome et qu'il n'est pas comprimé par du tissu cicatriciel. Il en est de même du nerf médian. On constate seulement que le nerf radial présente une coloration rouge très-manifeste comparativement au médian, qui offre son aspect nacré habituel. M. Blum exerce alors sur le nerf radial un certain degré de traction en insinuant au-dessous de lui une sonde cannelée à laquelle il imprime une série de mouvements de va-et-vient, de l'angle supérieur à l'angle inférieur de la plaie. La même opération est pratiquée sur le médian.

Dès le soir même on constatait le retour de la sensibilité dans la sphère du radial, et le lendemain, dans les doigts paralysés.

En même temps, la contractibilité des muscles se réveilla graduellement.

Enfin, lorsque les plaies furent à peu près cicatrisées, on put constater que, sauf la persistance de la paralysie des extenseurs, les muscles autrefois paralysés avaient recouvré leur contractibilité ; de même la sensibilité au tact, à la douleur et à la température, était revenue dans toutes les parties paralysées, excepté à la région dorsale du pouce et du premier métacarpien.

Depuis que Bilroth a signalé les effets thérapeuthiques, de l'élongation du nerf, les exemples dans lesquels on a eu recours à cette opération se sont multipliés, surtout à l'étranger. M. Blum, dans son mémoire (*Archives générales de médecine*, janvier et février 1878) en a rassemblé 18 observations, auxquelles on pourrait ajouter quelques faits publiés depuis dans les recueils périodiques. Dans tous les cas, l'élongation du nerf a été pratiquée pour combattre des névralgies ou des spasmes musculaires, et cette élongation a toujours éte violente, dans le but de diminuer ou d'abolir l'excitabilité exagérée du nerf. Car il résulte des expériences de Tutschek, de Conrad et de Schlich qu'une forte distension d'un nerf abaisse son excitabilité.

Se fondant sur les expériences de cet auteur, M. Blum a pensé qu'en pratiquant une distension légère sur un nerf dont l'excitabilité est diminuée, il était possible de rétablir les fonctions de ce nerf, et le fait que je viens de rapporter semble lui donner raison, puisque l'élongation du nerf radial et du nerf médian pratiquée pour arrêter une névrite radiale, qui avait de la tendance à se propager à d'autres branches nerveuses, a été suivie non-seulement de la guérison des accidents dépendant de cette névrite, mais encore de la disparition des troubles fonctionnels observés dans la sphère du médian.

J'ai observé récemment un fait qui diffère, à certains égards, du précédent et dans lequel l'élongation légère du nerf cubital a semblé agir en rétablissant en partie l'excitabilité du nerf.

Un homme de 26 ans entre, le 6 avril 1878, dans mon service de l'hôpital Saint-Louis, pour des troubles de la sensibilité et de la motilité du côté de la main droite.

Il y a 10 semaines environ, il s'est fait, avec un instrument tranchant, une petite plaie à la partie inférieure et au côté interne de l'avant-bras droit, presque immédiatement au-dessous du pisiforme.

Il n'y eut pas d'hémorrhagie ; mais les jours suivants il survint une inflammation violente, accompagnée d'un gonflement considérable ayant envahi toute la main. Au bout de 5 semaines tout était terminé ; le gonflement phlegmoneux avait disparu sans qu'il se formât d'abcès et la plaie de l'avant-bras était cicatrisée.

Un mois avant son entrée à l'hôpital, le malade ayant voulu tra-

vailler, s'aperçut que son marteau tournait dans sa main et qu'il lui était impossible de s'en servir ; puis bientôt survinrent quelques phénomènes douloureux du côté de la main et des doigts.

A notre premier examen, nous constatons l'existence, à 1 centimètre au-dessus du pisiforme, d'une petite cicatrice, enfoncée, inégale, violacée, dont l'extrémité inférieure se termine par une tumeur arrondie, grosse comme une petite noisette, adhérente à la peau, mobile latéralement, d'une consistance dure et comme fibreuse. Cette petite tumeur est le siége d'une sensibilité toute spéciale ; le moindre attouchement provoque une sensation de fourmillement dans le petit doigt et dans le côté interne de l'annulaire.

Immédiatement au-dessus de la cicatrice, on trouve une petite plaque indurée sans adhérence à la peau, légèrement mobile latéralement, et paraissant se confondre avec le muscle cubital antérieur, car elle devient plus saillante et plus dure dans la contraction de ce dernier. Cette plaque indurée n'est le siége d'aucune sensibilité, et, contrairement à ce que l'on observe pour la petite tumeur placée au bas de la cicatrice, la pression qu'on exerce sur elle ne détermine aucune sensation douloureuse, ni dans la main, ni dans les doigts.

Outre les douleurs provoquées dans le petit doigt et l'annulaire par la pression de la petite tumeur adhérente au bas de la cicatrice, le malade accuse quelques rares fourmillements spontanés dans les mêmes points, et un peu de douleur remontant jusqu'au coude. En outre, il signale un abaissement de la température dans la main malade, et il est facile de constater la réalité du fait. A l'exploration de la main et des doigts, on ne constate ni hypéresthésie, ni anesthésie ; il existe seulement sur l'éminence hypothénar une petite zone d'analgésie.

Les mouvements de la main sont gravement compromis. Le malade peut à peine tenir et serrer un objet. Sans parler d'une flexion du petit doigt dans la paume de la main, qui existe depuis plusieurs années, et qui est consécutive à une blessure, on constate que l'annulaire a une légère tendance à se fléchir dans la paume de la main. A la vue, on constate d'ailleurs immédiatement une atrophie considérable des interosseux et des muscles de l'éminence hypothénar. Les mouvements d'abduction et d'adduction des doigts sont abolis, et l'électrisation des interosseux reste sans effet. La rétraction ancienne du petit doigt ne permet pas d'étudier la contractilité de l'éminence hypothénar.

Pour nous rendre compte des rapports de l'induration fibreuse placée au-dessus de la cicatrice, aussi bien que de la petite tumeur adhérente à celle-ci et placée à la partie inférieure, je pratiquai la

faradisation du cubital antérieur. La petite tumeur inférieure et adhérente resta immobile pendant la contraction énergique du muscle cubital, tandis que la plaque indurée supérieure, qui paraît d'ailleurs indépendante de la cicatrice cutanée, devint saillante et plus dure, comme cela s'observait pendant la contraction volontaire du muscle.

Le diagnostic porté fut : plaque fibreuse cicatricielle du muscle cubital (pour la partie supérieure) ; névrome traumatique du nerf cubital (pour la petite tumeur inférieure, siége de douleurs); enfin, atrophie consécutive des interosseux et des muscles de l'éminence hypothénar.

Après avoir essayé pendant quelque temps, et sans aucun résultat, l'application de l'électricité, je me décide, sur les instances du malade, à intervenir.

Le 9 mai, après anesthésie et application préalable de la bande d'Esmarck, une incision longitudinale est faite sur la cicatrice, de manière à mettre à nu le prétendu névrome. Pratiquant des coupes successives de la tumeur, qui offre l'aspect du tissu tendineux, j'arrive à enlever complétement la tumeur et à mettre à nu le nerf cubital, dont il est facile de constater l'indépendance complète, en même temps que l'on peut se convaincre que ce fibrome prenait son origine sur le tendon du cubital antérieur. Le nerf cubital paraissait d'ailleurs absolument sain; en raison de l'ischémie produite par la bande élastique, on ne put savoir s'il était injecté; il nous semble peut-être un peu moins gros qu'à l'état normal.

Quoi qu'il en soit, désireux de tenter les effets de l'élongation légère sur le retour de l'excitabilité nerveuse, je soulevai le nerf cubital complétement isolé à l'aide d'une sonde cannelée, et j'insinuai même au-dessous une petite épingle que je laissai en place pendant 4 heures.

Le malade accusa dans l'avant-bras, la main, et surtout le petit doigt, des douleurs assez vives, qui cessèrent dès que l'épingle eût été retirée.

Dès le lendemain, les mouvements d'adduction et d'abduction des doigts qui, avant l'opération, étaient nuls, sont devenus très-sensibles, quoique limités encore. L'amélioration se prononça graduellement, et, au bout de 10 jours, la plaie de l'opération étant complétement cicatrisée, on commença à appliquer l'électricité sur les muscles interosseux, qui se contractèrent sous l'action du courant. L'amélioration s'accentuait de jour en jour, et nous pouvions espérer un retour complet des mouvements, lorsque, malgré nos instances, le malade, satisfait du résultat, voulut à toute force quitter l'hôpital. Nous l'avons revu depuis. Les mouvements des doigts, quoique toujours imparfaits, étaient néanmoins suffisants

pour permettre au malade d'exercer sa profession; il existait encore une atrophie notable des interosseux, qui aurait certainement disparu sous l'action de l'électricité, mais le malade ne voulut pas consentir à son application. Toute sensation douloureuse avait d ailleurs disparu.

Je désire appeler votre attention à l'occasion de ce fait sur les points suivants :

En premier lieu, je rappelle l'erreur commise et d'après laquelle j'ai considéré la petite tumeur faisant partie de la cicatrice comme un morceau du nerf cubital, erreur qui paraissait justifiée par la sensibilité toute spéciale de cette tumeur, et par son indépendance apparente du muscle cubital antérieur.

En second lieu, je ne pense pas que l'on puisse admettre qu'il s'agissait à proprement parler dans ce cas d'une compression du nerf cubital, par cette petite tumeur fibreuse ; celle-ci me paraît plutôt avoir joué le rôle d'un agent d'irritation et avoir déterminé une névrite.

Enfin, l'opération que j'ai pratiquée est complexe en ce sens qu'elle comprend d'une part, l'ablation d'une tumeur qui comprimait peut-être le nerf cubital, mais agissait sur lui certainement à la façon d'une cause d'irritation, et d'autre part, l'élongation légère du nerf cubital.

Aussi ne crois-je pas que l'on doive la rapprocher immédiatement de celle de M. Blum, dont elle diffère à certains égards. Néanmoins l'amélioration très-rapide constatée après l'opération du côté des fonctions sécrétives et motrices, me paraît indiquer que l'élongation légère a pu agir comme dans le fait de M. Blum en réveillant l'excitabilité du nerf cubital.

En terminant, Messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser des remerciements à M. Blum pour sa communication ;

2° De déposer cette observation dans les archives de la Société.

(Les conclusions du rapport, mises aux voix, sont adoptées.)

Nomination de commissions.

Sont nommés membres de la commission pour le choix des candidats au titre de membres correspondants nationaux : MM. Houel, Lucas-Championnière, Marjolin, Giraud-Teulon et Magitot.

Sont nommés membres de la commission pour le choix des candidats au titre de correspondants étrangers et pour la présen-

tation d'associés étrangers : MM. Verneuil, Panas, Trélat, Terrier et Perier.

Communication.

M. le Secrétaire général donne lecture, au nom de M. Lizé, du Mans, membre correspondant, d'une

Note relative au traitement des luxations et des écrasements du pied.

§ Ier. — Le traitement des luxations tibio-tarsiennes varie avec leur gravité; ainsi, quand la luxation est complète mais simple, c'est-à-dire sans fracture des malléoles et avec intégrité des téguments, on doit s'appliquer à conserver le membre par la réduction et un traitement convenable; au contraire, s'il y a plaie avec issue du tibia et du peroné, ou plaie avec fracture des os de la jambe et du pied, les dissentiments s'élèvent et la même règle ne s'impose pas aux chirurgiens.

Les uns, tels que Syms, Baudens, J. Roux, amputent la jambe dans l'articulation tibio-tarsienne ou bien à son tiers inférieur ou au lieu d'élection.

Les autres, avec Sedillot, enlèvent une portion des surfaces articulaires du tibia et du péroné. Enfin quelques-uns réduisent la luxation et la traitent, en même temps que la fracture de l'une ou des deux malléoles, par l'occlusion et l'immobilité.

J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie deux observations de luxations du pied, avec ouverture de l'articulation tibio-tarsienne, et dont l'une est compliquée de fracture des os de la jambe.

Obs. I. — *Luxation en dedans du pied droit, avec ouverture de l'articulation tibio-tarsienne et saillie considérable au dehors de la malléole interne.*

Le 8 mai 1870, M. Auguste Petit, de Bouloire, 51 ans, à la suite d'une chute violente, se luxa le pied droit en dedans, au point d'occasionner les désordres suivants :

A la face interne de la région tibio-tarsienne droite existe une plaie de 8 centimètres de hauteur sur 6 de largeur, au travers de laquelle s'échappe le tibia dont la surface articulaire est mise entièrement à découvert. Au-dessous d'elle se trouve l'astragale dont la face supérieure est portée en dedans; le dos du pied regarde ce côté, la plante au contraire est dirigée en dehors, avec le bord interne en bas et l'externe en haut.

Rupture complète du ligament latéral interne sur lequel la force de la chute s'était épuisée.

Le Dr Napoléon Januzewski, jugeant le cas très-grave, m'appelle de suite à Bouloire.

Après l'examen sérieux du blessé, je me décide à réséquer l'extrémité articulaire du tibia et à remettre en place la poulie articulaire de l'astragale. Puis, au moyen d'un appareil spécial le pied est maintenu dans sa rectitude naturelle. Des irrigations d'eau froide sont faites pendant 5 jours; ensuite, lorsque les symptômes inflammatoires deviennent moins intenses, un pansement à l'alcool camphré est appliqué sur la plaie. Vers la fin de juin la cicatrisation était achevée et au bout de 3 mois le pied avait repris une grande solidité. Cependant il faut ajouter que M. Petit ne put marcher librement qu'une année après l'accident dont il fut victime.

Je ne puis détailler ici toutes les phases de cette guérison, attendu que 36 kilomètres me séparaient du blessé que je n'ai pas revu depuis ma première visite. L'observation abrégée que j'offre à la Société de chirurgie est composée avec les renseignements très-brefs donnés par mon confrère. Quoi qu'il en soit, elle pourra servir plus tard à établir une conclusion pratique.

Obs. II. — *Luxation en avant du pied gauche compliquée d'une fracture de l'os de la jambe et d'une large plaie au niveau de l'articulation tibio-tarsienne.*

Le 4 avril 1869, M. Guillaumin, 35 ans, employé au chemin de fer de l'Ouest, était précipité d'une certaine hauteur par deux vélocipédistes lancés sur lui grande vitesse. Il fut relevé et conduit de suite chez lui, rue Verte, où je me transportai à la hâte.

Etat du membre. — Au devant de l'articulation tibio-tarsienne une large plaie laisse apercevoir les tendons extenseurs des orteils soulevés par la poulie de l'astragale. L'avant-pied est allongé. Le tibia et le péroné sont fracturés au tiers inférieur; gonflement notable du pied et de la jambe. L'astragale une fois remis en contact avec le tibia et le péroné, la plaie est fermée par 3 points de suture. Un appareil à fracture est appliqué ensuite et le membre reçoit pendant 4 jours des irrigations d'eau froide.

Le 8 avril, l'inflammation paraît décroître; un bandage inamovible emprisonne le membre et une fenêtre est ménagée au niveau de la plaie soigneusement pansée avec charpie imbibée d'alcool camphré. Matelas de ouate par-dessus. Grâce à ces pansements journellement renouvelés, les symptômes inflammatoires finirent par tomber graduellement, la plaie se ferma et la consolidation de la fracture était définitive le 2 juin. Enfin le 8 juillet, M. Guillaumin pouvait marcher avec des béquilles dans sa chambre.

Réflexions. — Ces deux observations démontrent clairement que dans les luxations tibio-tarsiennes s'il y a plaie avec issue des os de la jambe, ou plaie avec fracture concomitante de ces os, l'amputation n'est pas obligatoire et que l'ensemble peut être conservé grâce à des pansements appropriés. Ainsi, d'une part la résection des surfaces articulaires tibiale et péronière semble

indiquée, quand la luxation ne peut pas être réduite, et d'autre part, si cette réduction peut s'effectuer, l'immobilité du membre fracturé dans un appareil inamovible, des pansements à l'alcool et l'occlusion de la plaie sous la ouate peuvent conduire à des résultats favorables.

§ II. — Après le traitement des luxations compliquées de plaie, qu'il me soit permis d'effleurer celui qui concerne les écrasements du pied. Au sujet de ces lésions, il y a une question de pratique qui se pose tous les jours et qui n'est pas encore résolue. L'amputation s'offre d'abord à la pensée, mais je crois qu'il est bon de ne pas oublier la mise en œuvre des moyens conservateurs, tels que l'extirpation des os luxés et l'extraction des fragments mobiles. Pendant longtemps, et jusqu'à A. Cooper, l'usage traditionnel adoptait l'amputation dans les luxations compliquées et les écrasements du pied. En 1825, ayant rassemblé beaucoup de faits heureux dans les cas où le membre avait été conservé, ce chirurgien s'empressa de poser en principe que l'amputation devait être abandonnée. Cette pratique, depuis lors, a été acceptée, parce qu'aux yeux de certains chirurgiens, comme M. le professeur Broca, les amputations, pour cause traumatique, sont toujours graves, et que, dans les écrasements du pied, notamment, l'expectation n'est pas plus grave que l'amputation. Les partisans de l'intervention active, comme M. le professeur Verneuil, trouveront peut-être cette manière de voir trop absolue, et conséquemment s'empresseront de faire des réserves.

Quoi qu'il en soit, loin de vouloir épuiser un sujet aussi compliqué, je me borne à joindre ma pierre à l'édifice, en attendant qu'une solution définitive soit donnée à la question en litige.

Observation. — *Écrasement de l'avant-pied droit; ablation du cuboïde en partie sorti ; suture de la plaie; irrigations continues d'eau froide et immobilisation du pied dans un appareil inamovible. Guérison.*

Le 1er septembre 1877, je suis appelé par le Dr Chancerel, dans la commune de Connerré, près de M. Yvon, âgé de 62 ans, d'une vigoureuse constitution, qui venait d'être victime d'un accident grave.

Cet homme avait reçu la veille, sur le pied droit, la roue d'une grosse charrette, où se trouvaient trois personnes.

État actuel. — L'articulation médio-tarsienne est ouverte ; une plaie transversale envahit le dos du pied droit, d'un bord à l'autre, un peu en arrière des métatarsiens. Violemment contuses, les deux lèvres sont séparées par un intervalle de 2 centimètres, au fond duquel on aperçoit les muscles et les tendons déchirés, les os cunéiformes et la tête du cinquième métatarsien fracturés. Crépitation à leur niveau. Il faut noter au bord interne la saillie considérable du cuboïde aux trois quarts mis à nu.

Infiltration sanguine dans les parties contusionnées. Le sang coule en nappe de toute la surface de la plaie, mais il n'est pas fourni par des vaisseaux importants.

En présence de ces graves lésions, le Dr Chancerel et moi délibérons sur le meilleur parti à prendre.

L'accident étant arrivé depuis 20 heures environ, était-il encore temps de bénéficier des avantages que peut offrir l'amputation immédiate, sans faire courir au malade les risques d'une amputation traumatique secondaire? En un mot, valait-il mieux tenter la conservation de son pied, dont la plante était intacte? Sans doute, en tenant compte de cette dernière considération, l'amputation de Chopart était indiquée, ou bien à cause de la gêne qui entrave la marche après la désarticulation sous-astragalienne, on pouvait préférer l'amputation tibio-tarsienne, mais la robuste constitution du sujet, son séjour à la campagne dans un air pur, les longues heures écoulées depuis l'accident, nous firent pencher tous les deux pour la conservation du pied qui était d'ailleurs intacte à la face plantaire. Le cuboïde fut donc enlevé tout entier, les lèvres de la plaie furent rapprochées par 4 points de suture, et le pied reçut pendant 5 jours des irrigations continues d'eau froide. Au bout de ce temps, un appareil inamovible maintient le pied dans sa position normale, et une fenêtre est laissée au niveau de la plaie. Celle-ci est pansée matin et soir avec de la charpie imprégnée d'alcool, et un matelas de ouate recouvre le tout. En semblable occurrence, du pus se forme et stagne avec la sérosité et le sang dans les cavités articulaires, de là, nécessité d'introduire un drain pour soutirer les liquides, autrement, ceux-ci s'altèrent, s'infiltrent et amènent des suppurations diffuses. Aussi, la précaution du drainage ne fut pas oubliée.

Comme je ne retournai pas à Connerré, voici ce que le Dr Chancerel m'écrivit à la date du 24 septembre :

« Mon cher confrère,

« Notre malade va très-bien; la plaie est déjà en grande partie guérie, surtout du côté externe. Quant au côté interne, qui est celui où vous avez pratiqué l'ablation du cuboïde, la plaie étant plus profonde, mettra beaucoup plus de temps à se refermer. Les chairs bourgeonnent. Bref, le malade va très-bien; le pied n'est presque plus tuméfié.

« Nous aurons un succès complet, j'y compte.

« Agréez, etc. »

En effet, à la fin d'octobre, le malade était tout à fait guéri.

Inutile d'ajouter qu'il ne put marcher librement avant le mois de février, c'est-à-dire 3 mois après la cicatrisation de la plaie.

Réflexions.—Pour expliquer ce succès il faut adopter pleinement les réflexions que M. Verneuil faisait le 6 octobre 1875 à la Société de chirurgie, à propos du travail du professeur Saxtorph : c'est

que les lésions traumatiques comptent parmi leurs caractères fondamentaux *la tendance naturelle à la guérison spontanée*. Seulement, il est nécessaire d'admettre, avec notre éminent collègue, la restriction suivante : c'est que cette tendance peut être entravée, contrariée, détruite par des accidents ayant trois origines distinctes, telles que la blessure elle-même, la constitution du blessé, et enfin, le milieu ambiant. Or, si de ces trois sources, les deux dernières offraient ici des chances favorables [1], il n'est pas surprenant que la première qui résidait dans la blessure ait amené des résultats satisfaisants. En effet, par les pansements alcoolisés et l'occlusion, il a été possible d'empêcher le foyer traumatique d'engendrer, de recevoir et d'absorber l'agent septique. On n'a pas appliqué ici le bandage ouaté de A. Guérin, ni le pansement antiseptique de Lister, mais de préférence, le pansement alcoolique journellement renouvelé, parce qu'il est d'une exécution plus facile, surtout à la campagne où les malades sont très-loin du médecin et ont besoin d'être pansés par des personnes étrangères à notre art. Dans le cas si grave dont je viens de relater l'histoire, j'avais bien d'abord l'idée d'entreprendre une amputation sous-astragalienne, et d'adapter ensuite le pied rond à la Beaufort, mais j'ai définitivement préféré tenter les chances offertes par la chirurgie conservatrice.

Cette détermination a été couronnée de succès, et maintenant, on serait en droit d'admettre que *l'amputation immédiate ne doit pas être la règle exclusive dans les écrasements du pied*, qu'elle peut, au contraire être avantageusement remplacée par les soins éclairés de la chirurgie conservatrice.

C'est au moins un sujet qui prête à l'examen et à la discussion : *ad huc sub judice*.

Présentation de malade.

M. Gaujot présente un malade atteint à la partie supérieure de la cuisse gauche, d'une tumeur dont le diagnostic offre quelque intérêt : voici l'observation :

Le malade est un artilleur âgé de 19 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, sans antécédents morbides; au service depuis 9 mois.

L'apparition de la tumeur a eu lieu 3 mois après l'incorporation, à la suite de fatigues occasionnées par les efforts de l'équitation.

[1] Les statistiques ont démontré l'innocuité relative des blessés à la campagne.

Le début de la tumeur a été tout à fait indolent et insidieux. Le malade ne s'est aperçu de la grosseur, que par hasard, à la suite d'un marche. Depuis 6 mois que cette tumeur s'est développée, elle est restée absolument stationnaire et tout à fait indolente. Elle occupe la partie supérieure et interne du triangle de Scarpa, au-dessous du pli de l'aine gauche. Son volume est celui d'un œuf de dinde, sa forme est à peu près elliptique, à grand diamètre parallèle à l'arcade de Fallope.

Elle n'augmente pas de volume pendant la toux ou l'expiration. Elle paraît limitée en dedans par le bord interne du moyen adducteur; en dehors, ses limites ne s'étendent pas jusqu'aux fémoraux, et en bas, à plus de 3 travers de doigt au-dessous du pli de l'aine.

Cette tumeur fait une saillie de 2 centimètres quand les cuisses sont parallèles et au repos; elle devient au contraire plus saillante quand le malade fait des efforts d'adduction. La peau qui la recouvre est saine, libre d'adhérences. Le tissu cellulaire est intact.

La cuisse étant au repos, la tumeur est rénitente, d'une consistance analogue à celle du tissu musculaire, un peu plus dure dans quelques points. Elle paraît faire corps avec le second adducteur, ou tout au moins avec la gaîne aponévrotique de ce muscle.

Lorsqu'on fait contracter les adducteurs, on délimite mieux la tumeur. Elle devient plus dure et présente des irrégularités, de petites saillies dirigées parallèlement à son grand axe. On ne trouve aucun pédicule remontant vers le canal crural; mais en haut, la tumeur envoie un prolongement bien sensible qui remonte jusqu'à l'attache de la gaîne aponévrotique au pubis. A sa partie inférieure, la tumeur paraît moins adhérente que supérieurement.

Quand la cuisse est fléchie sur le bassin, et que les adducteurs sont vigoureusement contractés, on peut imprimer à la grosseur quelques mouvements.

Cette tumeur est irréductible. Elle n'est ni pulsatile, ni expansible. La cuisse gauche, du côté où siége la tumeur, est légèrement atrophiée. Elle mesure 2 centimètres de moins que du côté sain.

Indolente à la pression, la tumeur détermine, pendant la marche, une sensation pénible de lourdeur dans le membre. Aucun engorgement des ganglions de l'aine, pas d'œdème, pas de gonflement du pied ou de la jambe.

Le début et la marche de l'affection, l'absence de tout engorgement ganglionnaire doivent faire éloigner l'idée d'une tumeur maligne.

On ne peut non plus songer à une tumeur ganglionnaire,

puisque la production morbide n'occupe pas le siége habituel des ganglions.

L'idée d'une hernie musculaire est celle qui se présente le plus naturellement à l'esprit. Cependant, la tumeur n'est pas réductible et ne s'affaisse pas complétement pendant le relâchement.

Est-ce un fibrome de la gaîne aponévrotique? La consistance rénitente et à peu près égale de la tumeur, l'absence de bosselures, semblent contredire ce diagnostic

Reste l'idée d'un fibro-lipome : mais l'adhérence de la tumeur à l'aponévrose, et la laxité de la peau, ne sont guère favorables à cette supposition.

Somme toute, les caractères les plus saillants de la tumeur se rapportent à la hernie musculaire.

Discussion.

M. Desprès. Après avoir examiné attentivement le malade présenté par M. Gaujot, je suis disposé à admettre une hernie musculaire; cependant je crois que s'il y avait à faire une réserve ce ne pourrait être que pour un kyste hydatique.

M. Trélat. Je partage entièrement le diagnostic posé par M. Gaujot et je repousse bien loin l'idée que j'ai eu un instant d'admettre une tumeur maligne des ganglions.

Je crois qu'il est impossible de penser à une hernie d'autre nature, ou à un kyste hydatique car, lorsque les muscles se contractent, la tumeur devient très-dure. Comme M. Gaujot, je ne crois pas qu'il faille intervenir chirurgicalement, mais je serais d'avis de faire porter à cet homme un caleçon avec une pelote spéciale.

M. Verneuil. J'ai vu une fois une hernie musculaire, produite dans un rapprochement des cuisses, et je ne doute pas que le malade de M. Gaujot ne soit porteur d'une tumeur de même nature.

M. Farabeuf. Je me suis occupé de la hernie musculaire et je demande à dire un mot sur le mode de production de ce genre de lésion.

Lorsqu'on incise, pendant une opération, une aponévrose, le muscle ne fait pas hernie, de même lorsqu'un muscle se contracte, il n'a aucune tendance à faire hernie; il faut donc admettre pour expliquer la hernie musculaire qu'il s'est produit en même temps une rupture des insertions.

M. Guyon. Pour établir catégoriquement le diagnostic, je crois

qu'il serait utile de faire passer un courant électrique, qui amènerait une contraction de la tumeur.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 11 décembre 1878.

Présidence de M. F. GUYON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine, le *Bulletin de l'Académie de médecine*, le nº 9 du tome II des *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, la *Revue scientifique de la France et de l'Etranger ;*

2° Le *Journal de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne*, le *Lyon médical*, le *Journal des sciences médicales de Lille*, la *Revue médicale de l'Est*, l'*Année médicale*, le *Journal de la Société de médecine de Caen et du Calvados*, l'*Union médicale et scientifique du Nord-Est*, la *Gazette médicale de Strasbourg ;*

3° Une lettre de M. le Dr Larger, se portant candidat au titre de membre correspondant national ;

4° Une lettre de M. le Dr Vibert, se portant candidat au titre de membre correspondant national ;

5° *The Practitioner*, la *Gazette médicale Italienne-Lombarde*, *the British medical Journal;*

6° *Relation des néoplasmes avec l'arthrite*, par M. Namin ; présenté par M. Verneuil ;

7° *Des corps étrangers du rectum : leur migration dans l'intestin et leur histoire*, par le Dr Gérard ;

8° Une lettre de M. le Dr Sarrazin, adressant à la Société une double observation de *taille périnéale*.

Rapports.

I.

M. J. ANGER donne lecture du rapport suivant, sur deux observations adressées par M. Turgis, de Falaise. Ces deux observations sont intitulées :

1° *Fractures multiples et compliquées des membres inférieurs ; résection des extrémités inférieures du tibia et du péroné du côté gauche ;*

2° *Corps étranger du rectum.*

Permettez-moi d'attirer brièvement votre attention sur ces deux faits presque aussi intéressants l'un que l'autre.

Le premier est relatif à une résection des extrémités inférieures du tibia et du péroné, qui fut pratiquée, il y a 12 ans, dans les circonstances suivantes. Un enfant, âgé de 10 ans, d'une constitution chétive, se trouvant dans un moulin, saisit pour s'amuser un arbre vertical et se laissa entraîner dans le mouvement de rotation dont cet arbre était animé. Malheureusement ses jambes rencontrèrent une rainure assez profonde dans laquelle elles s'engagèrent et se fixèrent, de sorte que tout son corps obéissant au mouvement se trouva pour ainsi dire instantanément enroulé autour de l'arbre.

M. le Dr Turgis, appelé quelques heures après l'accident, trouva le blessé dans un état de faiblesse extrême, la face pâle et recouverte d'une sueur froide, le pouls petit et très-fréquent.

Les membres supérieurs et la poitrine explorés avec soin étaient indemnes et ne paraissaient pas être atteints d'aucune lésion. Le ventre était très-douloureux spontanément et à la pression, mais sans lésion viscérale appréciable.

Le traumatisme avait porté surtout atteinte aux deux membres inférieurs. Le droit présentait une tuméfaction considérable due à de vastes épanchements sanguins et, en outre, une double fracture, dont l'une siégeait à la partie inférieure du fémur, au-dessus du condyle, et l'autre au-dessous de la grosse tubérosité du tibia. Ces deux fractures semblaient être par leur siége, voisines de l'articulation du genou, des décollements épiphysaires.

Les fragments du tibia avaient conservé leur rapport, mais ceux du fémur chevauchaient l'un sur l'autre de sorte que la cuisse offrit un raccourcissement de 3 centimètres.

Du côté gauche, les lésions n'étaient pas aussi multiples, mais étaient plus graves. Le pied était presque détaché de la jambe, et une vaste plaie confuse, assez régulièrement circulaire, existait à 3 centimètres environ au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. Elle entourait les deux tiers antéro-internes de la circonférence de la jambe qui ne tenait au pied que par son tiers postéro-externe.

Entre les lèvres de cette vaste déchirure, le tibia et le péroné faisaient une saillie de 5 centimètres et leurs surfaces dénudées de périoste, s'étaient fait jour à travers les tendons extenseurs. Le péroné, un peu moins saillant, avait été nettement rompu à 3 centimètres au-dessus de la malléole externe, tandis que l'extré-

mité du fragment tibial, lisse et unie, était disjointe au niveau du cartilage épiphysaire.

L'épiphyse articulaire du tibia et la malléole externe avaient d'ailleurs conservé leurs rapports normaux avec l'astragale.

Aussi les mouvements du pied étaient-ils possibles et peu douloureux.

Le pied était chaud et sensible, il était dès lors certain que les vaisseaux et les nerfs avaient échappé au traumatisme.

Ne pouvant parvenir à réduire les fragments, M. Turgis se décida à réséquer les 5 centimètres de tibia et les 3 centimètres de péroné qui formaient saillie à l'extérieur. Cette résection lui permit de réduire le pied qui fut ensuite maintenu et immobilisé par un bandage approprié.

La plaie fut pansée avec l'alcool camphré. Quant au membre droit fracturé au-dessus et au-dessous du genou, il fut placé dans une gouttière.

L'enfant guérit assez rapidement, et 3 mois après l'accident il commença à se lever, puis à marcher.

Cet enfant qui est devenu un jeune homme de 24 ans, a été revu par conséquent tout récemment, au bout de 12 ans, par M. Turgis, qui a joint à son observation la note complémentaire suivante :

Le jeune homme étant déshabillé et placé debout, ne présente aucune déviation, ni inclinaison du bassin.

Le volume des deux membres inférieurs est le même à droite et à gauche.

La cuisse gauche (côté de la résection du tibia) est plus longue de 3 centimètres environ que celle du côté opposé, qui, comme il a été dit, avait été fracturée à la partie inférieure.

La jambe gauche présente une déviation légèrement angulaire, à concavité interne au niveau de la résection, et sa longueur est moindre de 5 centimètres que celle du côté opposé. Mais sur la fracture du fémur du côté opposé, la mensuration des deux membres dans toute leur longueur ne présente qu'une différence de 2 centimètres : aussi la boiterie est-elle insignifiante et la marche tellement facile que cet individu fait souvent plus de 30 kilomètres à pied.

Quoique les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne soient conservés, il jette en marchant le pied gauche en avant, comme s'il voulait suppléer à la faiblesse des muscles jambiers antérieurs et extenseurs des orteils.

Tel est le résumé de la première observation de M. Turgis. La conduite tenue par le chirurgien dans cette circonstance grave mérite l'approbation. En effet, dès lors que les tentatives de réduc-

tion des fragments du tibia et du péroné avaient échoué, il fallait bien se résoudre à réséquer des os qui, étant d'ailleurs dépouillés de leur périoste, se fussent probablement nécrosés, en partie du moins. Il est à remarquer que le raccourcissement de la jambe a été de 5 centimètres, d'une longueur égale, par conséquent, à la partie du tibia qui a été réséquée. Cependant le périoste intermédiaire à la diaphyse et à l'épiphyse avait été respecté pendant l'opération. Aussi peut-on se demander tout d'abord pourquoi un raccourcissement si considérable avec un périoste intact ? Je crois que la raison de cette exception à la loi générale des résections sous-périostées provient de ce que les deux os de la jambe avaient été fracturés et réséqués au même niveau, de sorte que le fragment inférieur devait être fatalement rapproché du supérieur par la rétraction des muscles de la jambe. J'ai remarqué plusieurs fois et je pense que beaucoup de mes collègues sont dans le même cas, j'ai remarqué, dis-je, que la reproduction des fragments du tibia réséqués ne se faisait dans toute leur étendue que lorsque le péroné était intact. Dans ces cas, le péroné sert d'attelle à la jambe et il suffit pour lutter contre la rétractilité musculaire.

Peut-être un bon bandage plâtré appliqué sur le membre aussitôt après l'opération, pourrait-il obvier à cet inconvénient. Mais lorsque de vastes plaies s'opposent à l'emploi de ces bandages inamovibles, il est presque impossible d'éviter le raccourcissement du membre. Je sais qu'à la campagne, il n'est pas toujours facile de se procurer du plâtre fin; et M. Turgis est pour cette raison bien excusable de n'avoir pas employé ce moyen si précieux de contraction sans lequel il est difficile, sinon impossible, d'obtenir une reproduction osseuse dans toute l'étendue du fragment réséqué.

La seconde observation de M. Turgis est relative à un corps étranger du rectum. La Société a eu cette année plusieurs fois l'occasion de s'occuper de cas de ce genre. Aussi ne vous donnerais-je qu'une simple analyse du fait, si M. Turgis n'avait été amené à pratiquer la rectotomie pour extraire ce corps étranger. Or, je ne sache pas que la rectotomie ait été encore utilisée pour l'extraction des corps étrangers du rectum : c'est ce qui me décide à vous demander la permission de lire en entier l'observation de M. Turgis.

Corps étranger du rectum.

A la fin du mois d'août dernier, un de mes confrères vint me confier la situation très-grave dans laquelle se trouvait un de ses clients : il s'agissait d'une tasse à chocolat que ce client, 4 jours auparavant, s'était introduite dans le rectum.

Le premier et le second jour le malade lui-même essaya bien

inutilement de se débarrasser de l'hôte incommode qu'il avait logé chez lui.

Le troisième jour mon confrère fit à son tour de vains efforts, il ne parvint qu'à briser en deux endroits le rebord de la tasse et à se déchirer très-malheureusement les doigts.

Ce n'est donc que dans la soirée du quatrième jour que je vis le malade.

Je m'étais muni des instruments dont je pouvais avoir besoin pour mettre à exécution un procédé opératoire qui, depuis longtemps déjà, s'était présenté à mon esprit comme pouvant être appliqué en pareil cas.

Je trouvai le malade d'une forte et belle constitution extrêmement affaibli par la souffrance et les pertes considérables de sang qu'il avait faites.

La face était très-altérée, grippée, le pouls petit et fréquent, peu de chaleur à la peau, soif assez vive, la région hypogastrique légèrement douloureuse ; les fonctions urinaires n'avaient subi aucun trouble.

Je fis placer le malade à genoux sur son lit et les cuisses écartées autant que possible, le corps fléchi en avant et reposant sur les coudes. L'anus laissait écouler un liquide sanieux abondant et très-fétide. Je l'explorai avec soin, je trouvai d'abord un boursouflement énorme de la muqueuse rectale qui coiffait tout le contour de l'ouverture de la tasse dont je ne pus atteindre que difficilement le fond.

Je pus constater que le rebord de l'ouverture de la tasse qui correspondait à la région ano-périnéale postérieure était intact, mais que celui qui correspondait à la région ano-périnéale antérieure avait été, dans les tentatives d'extraction, brisé en deux endroits. Il en résultait non-seulement un rebord coupant, mais encore deux angles saillants et aigus qui s'étaient profondément enfoncés dans les tissus, l'un sur le côté latéral gauche de la prostate, et l'autre au-dessus du côté latéral droit du même organe.

La tasse était si solidement enclavée, qu'il me fut impossible d'introduire mon doigt entre la muqueuse et la tasse même dans la partie non brisée et de lui imprimer le moindre mouvement en quelque sens que ce fût...

Après cette exploration, je fis part de mes intentions à mon confrère et déclarai au malade que j'allais immédiatement pratiquer une opération qui seule pouvait le sauver.

L'attitude que j'ai indiquée, et que je voulais conserver pendant l'opération, rendant impossible l'administration du chloroforme, j'opérai donc sans anesthésie.

Je pris un gros trocart courbe que j'introduisis dans le rectum

et le dirigeant sur mon doigt vers le coccyx, je le fis sortir à environ 5 millimètres de la pointe de cet os et sur sa partie latérale gauche.

Je passai ensuite une chaîne d'écraseur et sectionnai lentement toute la région ano-périnéale postérieure. Je dois ajouter que pour éviter toute chance de briser mon instrument dans le sectionnement de la peau, toujours très-difficile, je l'incisai (la peau) légèrement sur le trajet de la ligne de section.

Il ne s'écoula pas même quelques gouttes de sang.

J'explorai de nouveau, et je trouvai, comme je l'ai dit, la tasse fortement enclavée; je la saisis facilement avec la main dans la partie non brisée qui justement correspondait à l'ouverture que je venais de pratiquer, et j'eus l'extrême surprise de ne pouvoir lui imprimer le moindre mouvement pour la dégager.

Je pris alors le levier qui sert dans l'accouchement, dont je m'étais muni, j'introduisis ce levier en arrière de la tasse, et, prenant un solide point d'appui sur la partie postérieure du bassin, j'appuyai lentement et *vigoureusement* (je souligne à dessein le mot vigoureusement); je ne pus enlever la tasse directement, je parvins seulement à la *désenclaver* en lui imprimant un mouvement qui la plaça transversalement dans l'axe du rectum.

Je la saisis de nouveau à l'aide de la main et, pour l'enlever, il me fallut encore faire un certain effort.

Je fis immédiatement une irrigation d'eau froide et prescrivis une potion calmante.

Le lendemain le malale souffrait peu: état général sensiblement meilleur.

Prescription. — Un bain de siége le matin, 2 fois par jour irrigations dans le rectum avec la solution suivante :

Eau....................	1,000 grammes
Acide phénique..........	5 —

Régime. — Bouillon, consommé, lait coupé, eau panée et vinée.

Dans les jours qui suivent, l'état général s'améliore d'une façon continue; pas la moindre complication, excepté vers le 8e jour, où l'urination présente un peu de difficulté. Cette difficulté, due sans doute à une lésion du lobe gauche de la prostate dans lequel un des angles de la tasse s'était un peu engagé, disparaît au bout de 2 jours sans traitement particulier.

Par la disposition anatomique de la région et l'attitude sur le décubitus dorsal que le malade a longtemps conservé, les lèvres de la plaie étant toujours en contact, aucun pansement particulier n'a été fait. Le 6e jour la plaie a le plus bel aspect.

Au 10e jour l'écoulement sanieux et fétide a disparu.

La cicatrisation a marché lentement. Les lèvres de la plaie s'écartant chaque fois que la défécation se produisait, les bourgeons charnus finissaient néanmoins par se souder et prendre la forme de fils très-fins et allongés, de tractus plus courts et plus épais, de petites lamelles très-minces, tout cela donnant au fond de la plaie l'aspect d'un tissu aréolaire, disparaissant peu à peu par le travail de cicatrisation, à mesure qu'un tissu semblable et plus superficiel apparaissait.

Aujourd'hui, la cicatrisation est complète, aucun écoulement par l'anus n'existe. La défécation se produit sans douleur et comme dans l'état physiologique.

Le malade, dont les forces s'étaient rapidement relevées, peut reprendre ses occupations habituelles. Il est parfaitement guéri.

L'intérêt de ce fait réside bien moins dans la nature du corps étranger que dans la façon dont M. Turgis a su si heureusement triompher des difficultés en face desquelles il s'est trouvé. Les ouvrages classiques et les *Bulletins* de la Société de chirurgie sont riches en descriptions de procédés mis en œuvre pour extraire les corps étrangers du rectum, mais c'est la première fois, je crois, que la rectotomie linéaire a été utilisée dans ces circonstances. L'idée d'insérer le sphincter pour dégager et extraire les corps étrangers du rectum s'était présentée à l'esprit des chirurgiens, et Royer, notamment, avait entrevu cette nécessité. Mais de la conception d'un procédé opératoire à son exécution, il y a une assez grande distance pour que celui qui la franchit ne soit pas sans mérite.

Il n'était donc pas sans importance de montrer que la rectotomie linéaire qui depuis les travaux de M. le professeur Verneuil, a été si heureusement appliquée aux rétrécissements du rectum, pouvait également donner de beaux succès dans l'extraction des corps étrangers du rectum.

Cette conduite me semble bien préférable à celle qui consiste à vouloir briser quand même les corps étrangers pour retirer un à un tous les fragments. Nous savons que des chirurgiens, et des plus habiles, ont vu survenir à la suite de ces tentatives de broiement des accidents rapidement mortels chez leurs opérés, ces faits démontrent péremptoirement les dangers auxquels on expose les malades en s'acharnant à vouloir broyer les corps étrangers qui sont enclavés dans le bassin. Pour ma part, je crois que ces manœuvres exposent beaucoup plus l'opéré que la rectotomie linéaire, et si j'avais à extraire un de ces corps étrangers, gros, volumineux, susceptible, en se brisant, de déchirer ou de contondre les organes, d'autant plus faciles à entamer qu'ils sont généralement enflammées, je n'hésiterais pas à suivre l'exemple donné par M. Turgis.

Je propose à la Société :

1° De déposer dans nos archives la première observation de M. Turgis dont j'ai donné une analyse;

2° D'insérer *in extenso* dans nos *Bulletins* la seconde observation relative à l'extraction d'un corps étranger du rectum.

3° D'adresser une lettre de remerciements à l'auteur.

Discussion.

M. Verneuil. J'ai été très-heureux d'entendre la lecture de l'intéressante observation de M. le Dr Turgis, car elle montre le bon résultat que l'on peut retirer de l'incision du rectum. Ce procédé a été mis en usage pour la première fois, en 1860, par M. Raffy, de Puymirol, pour extraire un corps étranger du rectum au dix-huitième jour.

Il s'agissait d'un individu présentant depuis 12 jours environ, des hémorrhagies anales intermittentes qui seraient, d'après le récit du malade, survenues à la suite d'un effort. Quand M. Raffy le vit, l'hémorrhagie continuait très-abondante, le malade était dans un état d'anémie extrême et éprouvait les plus violentes douleurs à l'anus et dans le rectum. Il niait résolument avoir avalé ou introduit dans le rectum un corps étranger. Le sphincter anal était fortement contracté, toutefois le doigt put pénétrer dans le rectum et y rencontra un corps fort dur et allongé. La contraction du sphincter faisait échouer toutes les tentatives d'extraction.

M. Raffy fendit alors le sphincter par un coup de bistouri et le doigt put alors pénétrer complétement dans le rectum. On trouva un corps dur allongé, à surface dépolie, qui paraissait implanté dans un des replis du rectum. Ce ne fut pas sans effort qu'à l'aide de deux doigts on amena au dehors une tige ligneuse de la grosseur du petit doigt qu'il fut impossible d'amener à plus d'un centimètre en dehors de l'anus. Cette extrémité étant fixée par un aide, M. Raffy suivit la tige avec l'indicateur et arriva à la rencontre d'une nouvelle tige qui paraissait articulée avec la première à angle aigu. Il fallut beaucoup de peine pour la dégager et l'amener dans l'axe du rectum. Rapprochant les deux branches, on retira une véritable fourche en bois parfaitement intacte. Les deux branches de la grosseur du petit doigt mesuraient un écartement de 7 centimètres et une longueur pour l'une de 8 centimètres et pour l'autre de 7 centimètres.

La convalescence fut assez longue.

Cette observation se trouve dans la thèse que je viens de déposer, sur le bureau de la Société, de la part de M. le Dr Gérard.

Comme le prouve cette thèse, l'extraction directe des corps étrangers du rectum est un long martyrologe dont la cause se trouve

dans la contusion, la déchirure et les hémorrhagies qui accompagnent les manœuvres d'extraction.

(Les conclusions du Rapporteur sont mises aux voix et adoptées.)

II.

M. Périer, au nom d'une commission composée de MM. Lucas-Championnière, Terrier et Périer, lit un rapport sur une observation d'*ovariotomie bilatérale suivie de guérison*, présentée par le Dr Dobronravow, de l'université de Moscou.

L'auteur a pensé avec juste raison que la Société de chirurgie de Paris, apprendrait avec intérêt comment se pratiquent les opérations dans le nord de l'Europe et en particulier dans l'ancienne capitale de la Russie, aussi devons-nous lui savoir gré des minutieux détails dans lesquels il n'a pas craint d'entrer en nous donnant l'histoire de son opérée.

Il s'agit d'une femme de 35 ans, ayant eu deux enfants.

Depuis un an elle souffrait d'une tumeur qui s'était montrée au côté gauche du bas-ventre, et s'était constamment accrue, au point d'influencer la nutrition générale et de donner lieu à des phénomènes de compression se traduisant par l'œdème des pieds, des palpitations, de la dyspnée. M. Dobronravow l'examina pour la première fois en mai 1877, diagnostiqua un kyste ovarique et proposa l'ovariotomie.

Le 3 septembre, la malade ayant vu sa tumeur doubler de volume, et ses souffrances ayant augmenté, consentit à subir une ponction, qui donna issue à 12 livres d'un liquide épais, verdâtre au début, blanchâtre, colloïde à la fin.

La densité des premières parties évacuées était de 1014, celle des dernières de 1021. Ce liquide contenait de la paralbumine et le microscope y révéla des globules colloïdes.

Cet examen du liquide, et la palpation du ventre après la ponction confirment le diagnostic de kyste ovarique et permettent d'éliminer la péritonite enkystée, l'hydronéphrose, le cancer et le cysto-sarcome, auxquels notre confrère avait songé.

Le toucher vaginal fit voir que l'utérus avait été entraîné par la tumeur et qu'il lui était relié par un court pédicule. L'exploration bi-manuelle fit reconnaître à côté de l'utérus une tumeur élastique à contenu liquide, grosse comme une tête d'adulte, à limites mal circonscrites, et dont la surface antérieure donnait à la main une sensation de crépitation. Peut-être faut-il donner ici au mot crépitation le sens de frottement ?

Le diagnostic porté fut : kyste multiloculaire de l'ovaire avec adhérences récentes à sa face antérieure, et sans adhérences dans le petit bassin.

Après la ponction il n'y eut aucune réaction du côté du péritoine la respiration redevint normale.

L'opération décidée en principe et acceptée sans hésitation par la malade, fut pratiquée le 23 septembre 1877 quinze jours après la ponction, alors que le kyste était à moitié rempli.

Les précautions furent prises avec un véritable luxe. La malade reçue dans l'hôpital du prince Galitzine, fut placée dans un pavillon à part ; sa chambre bien isolée fut ventilée pendant plusieurs jours, chauffée pendant les 48 dernières heures, les murs furent soumis à une pulvérisation d'acide salicylique. Les personnes au nombre de douze qui assistèrent à l'opération étaient revêtues d'habits tout à fait neufs, et personne ne pénétra dans la chambre non-seulement le jour de l'opération mais encore les jours suivants sans s'être au préalable lavé les mains avec une solution de chlorure de potassium.

L'inhalation du chloroforme fut suivie de l'injection hypodermique d'un sixième de grain d'acétate de morphine, mais l'anesthésie ne fut pas régulière ; des vomissements et des réveils fréquents prolongèrent l'opération.

Une incision de 6 centimètres, qu'il fallut agrandir plus tard fut pratiquée sur le trajet de la ligne blanche. L'ouverture du péritoine mit à nu une rangée de kystes à parois minces qui se rompirent dès que la main fut introduite dans la cavité péritonéale. Les adhérences à la paroi antérieure étaient nombreuses ; la plupart furent facilement détruites avec la main, pour quelques-unes il fallut recourir au couteau.

Pendant ces manœuvres il y eut encore rupture d'un certain nombre de petits kystes avec épanchement de leur contenu dans le péritoine qui chaque fois fut soigneusement essuyé. L'opérateur reconnut alors qu'il avait affaire à deux masses kystiques répondant chacune à un ovaire, légèrement adhérentes en haut, mais étroitement liées entre elles et avec la matrice par leur partie inférieure. Celle du côté droit était plus volumineuse que l'autre. Le trocart ne pouvant parvenir à réduire suffisamment les tumeurs il fallut agrandir par en haut d'un centimètre et demi l'incision de la paroi abdominale en contournant à gauche l'ombilic. Il fut très-difficile d'isoler les pédicules des deux ovaires ; après application d'un clamp de Spencer Wells sur chacun d'eux, il restait une bande vasculaire de 2 centimètres de large, implantée sur l'utérus ; cette bande fut fragmentée et reçut 5 ligatures. Puis la tumeur incisée il y eut encore 10 ligatures à appliquer sur les points de la cavité abdominale où les adhérences rompues pouvaient faire craindre l'écoulement du sang. Ces 15 ligatures furent faites avec de la soie carbolisée non poreuse, les bouts des 5 ligatures appliquées

entre les 2 pédicules furent amenés au dehors, les autres fils furent abandonnés. La toilette du péritoine dura une demi-heure. La plaie fut réunie par 5 points de suture en soie carbolisée non poreuse, 4 au-dessus des clamps et 1 au-dessous. Les clamps étaient séparés par un intervalle de 1 centimètre, dans lequel il fallut placer une éponge pour maintenir leur écartement et les empêcher de rentrer dans la cavité péritonéale. Le ventre fut serré par des rubans d'emplâtre adhésif, par-dessus on mit une demi-livre d'ouate, et le tout fut solidement bandé avec de la flanelle.

La malade fut maintenue dans de bonnes conditions de température, on lui plaqua un suppositoire contenant un grain d'opium, qui fut renouvelé tous les soirs pendant quinze jours. Le premier jour une cuillerée toutes les demi-heures d'un mélange de café noir et d'eau-de-vie, remplacé le lendemain par le vin de Porto, une cuillerée toutes les 2 heures. 1 gramme de sulfate de quinine en lavement pendant 5 jours. Cathétérisme toutes les 6 heures. Il y eut des vomissements pendant 3 jours. Une seule fois la température monta au-dessus de 38° et encore ne dépassa-t-elle ce chiffre que de 1/10 de degré, cela était dû à la rétention du pus sous les clamps.

Les sutures furent enlevées le huitième jour, le clamp gauche était déjà détaché. A partir de ce jour la plaie fut laissée libre sous une voûte en toile, la malade étant couchée sur le côté afin que le pus puisse s'écouler dans un vase (selon les exigences d'un principe que l'auteur appelle principe de l'hermétisme aéré de la Société de chirurgie de Moscou).

Le onzième jour le second clamp est devenu libre à son tour, la plaie marche régulièrement vers la guérison, et le 27e jour la malade peut être présentée complétement guérie à la Société de chirurgie de Moscou.

Dans le cours de son observation M. Dobronravow a soulevé quelques questions de doctrine que j'ai passées sous silence pour y revenir ici en peu de mots.

Tout d'abord il pose la question d'opportunité de l'opération.

Doit-on, l'ovariotomie étant indiquée, opérer immédiatement ou attendre que la malade n'ait plus en apparence que quelques semaines à vivre, dans la crainte d'avoir abrégé ses jours si l'opération n'était pas suivie de succès? Il y répond en faisant remarquer avec juste raison que, vu le développement rapide de la tumeur, les conditions eussent été moins favorables, si l'on eût attendu davantage et que les risques eussent été plus grands. Cette réponse peut être généralisée, et l'auteur aurait pu affirmer sans crainte que l'ovariotomie étant indiquée il faut la pratiquer le

plus tôt possible, sous peine de voir surgir plus tard des contre-indications formelles.

Nous avons vu que l'anesthésie n'avait pas été régulière, que des vomissements répétés ont troublé l'opération. Cet accident, M. Dobronravow l'attribue au chloroforme, ne devrait-il pas comprendre dans cette accusation et pour une large part, l'injection hypodermique de morphine qui a suivi l'administration du chloroforme. Cependant on ne saurait nier la fâcheuse influence de ce dernier agent, notre confrère a peut-être raison de vouloir lui substituer à l'avenir le chlorométhyle, qu'il a vu employer à Londres avec avantage, et dont M. Spencer Wells recommande exclusivement l'emploi.

Nous avons pris l'habitude de condamner tout agent anesthésique dont l'administration nécessite un appareil spécial, susceptible de se déranger ou de se briser et qu'on n'a pas toujours sous la main.

Ce motif acceptable dans la chirurgie journalière, ne me semble pas suffisant lorsqu'il s'agit d'une opération de longue durée comme l'ovariotomie; et si le chlorométyle possède l'avantage de provoquer si rarement les vomissements, ce n'est pas l'adjonction d'un appareil comme celui de Junker, aux nombreux instruments qu'il faut préparer, qui devrait en faire rejeter l'emploi.

En troisième lieu, à propos du pédicule, l'auteur s'est demandé s'il y avait lieu de l'abandonner dans l'abdomen; il y a appliqué 2 clamps et 5 ligatures et a laissé le tout au dehors; il nous semble qu'il a fort bien fait en raison de la longueur du pédicule qui lui a permis de l'amener au dehors. Cette méthode de l'abandon du pédicule est surtout préconisée pour les cas où le pédicule trop court ne saurait subir sans danger des tractions énergiques.

En terminant, l'auteur attribue son succès aux minutieuses précautions qu'il a prises; heureusement elles ne sont pas indispensables, sans quoi il ne serait pas donné à toutes les malades de pouvoir jouir des bienfaits de l'ovariotomie. M. Dobronravow est d'ailleurs persuadé qu'il eut aussi brillamment réussi en ayant recours à la méthode de Lister et sans avoir placé sa malade dans des conditions de milieu extérieur aussi exceptionnelles.

Votre commission vous propose :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur ;

2° De déposer son travail dans nos archives.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. Dans son rapport, M. Périer a appuyé la proposition de l'auteur au sujet de l'emploi du bichlorure de

méthylène, je serais heureux de savoir si notre collègue s'en est servi et ce qu'il en pense. Spencer Wells en fait un grand usage et soutient qu'il évite les vomissements qu'occasionne souvent l'usage du chloroforme. D'autres chirurgiens ont, au contraire, très-vivement repoussé son emploi. Je n'ai pas encore pu m'en procurer, mais je ferai remarquer que très-souvent l'administration du chloroforme n'occasionne pas de vomissements et qu'en outre l'administration du bichlorure de méthylène exige l'usage d'un appareil spécial.

M. Périer. Je n'ai aucune expérience personnelle sur cet anesthésique, et je m'en suis rapporté à l'assertion de Spencer Wells, mais je crois qu'il serait bon d'en faire l'expérimentation.

(Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.)

Lecture.

M. Pilate, d'Orléans, candidat au titre de membre correspondant, donne lecture d'une observation intitulée :

Kyste multiloculaire complexe de la région axillaire chez un enfant de 2 ans 1/2 ; extirpation.

Communication.

M. le Secrétaire générale donne lecture au nom de M. Fleury, de Clermont, membre correspondant, de l'observation suivante, intitulée :

Coup de feu à la région temporo-faciale gauche. — Perforation des lobes antérieurs et du lobe postérieur droit du cerveau. — Mort au bout de 6 jours.

Le 25 octobre dernier, on transporta à l'Hôtel-Dieu de Clermont un jeune homme âgé de 24 ans qui, à la suite d'une discussion avec son directeur, s'était tiré un coup de révolver à la tempe gauche (il est gaucher).

La détonation de l'arme n'avait pas été entendue, mais une personne qui passait par hasard près de la pièce où il se trouvait, entendit des cris plaintifs et trouva ce malheureux jeune homme assis sur le plancher et la figure couverte de sang.

Les traces laissées dans la poussière indiquaient qu'il avait dû se traîner à 2 ou 3 mètres de l'endroit où il avait déchargé son arme.

Un médecin qui avait été appelé crut que le projectile n'avait fait qu'effleurer les téguments, mais j'eus bientôt la preuve du con-

traire, une sonde, introduite dans l'ouverture que l'on voit au niveau de la suture fronto-pariétale gauche, pénètre à une assez grande profondeur dans le cerveau, ce qui indique que le projectile a dû en traverser les deux lobes antérieurs comme le prouvent du reste les lésions fonctionnelles que l'on observe.

La personne qui a relevé le blessé assure qu'il a pu faire quelques pas en s'appuyant sur son bras, il existe cependant une paralysie de tout le côté correspondant à la plaie, ce qui doit faire supposer que le projectile est arrivé au lobe droit du cerveau et que, parvenu à la fin de sa course, il a exécuté comme toujours un mouvement de rotation sur lui-même qui a détruit les fractions de la substance cérébrale avec laquelle il a été en contact.

L'autopsie nous a démontré que les désordres étaient plus prononcés que nous le pensions.

La sensibilité était conservée dans le bras paralysé, car, si on pinçait les doigts, sa main droite venait écarter la main de l'observateur.

Du côté opposé, au contraire, il existait une hypéresthésie assez remarquable. Les membres supérieurs et inférieurs étaient animés de mouvements cloniques, la jambe était alternativement allongée et fléchie, le pied exécutait une série d'oscillations analogues à celles que l'on observe dans certaines variétés de paralysie, agitant la main, tour à tour ouverte ou fermée, imprimait des mouvements de torsion aux objets qu'elle saisissait.

A cette période d'excitation pendant laquelle le malade poussait des cris plaintifs succédait une période de calme. La durée de chacune de ces crises était d'une à deux minutes. Elles ont persisté toute la nuit et une partie de la journée du lendemain.

Le côté gauche de la face et du cou a été le premier jour d'une sensibilité tellement vive, que le blessé poussait des cris pour peu qu'une goutte d'eau touchât la plaie ou qu'on imprimât à la tête quelques mouvements pour changer les pièces d'appareil.

Le malade ne prononce aucune parole, il semble cependant qu'il voudrait faire quelques efforts pour parler, ses amis assurent qu'il ouvre les yeux lorsqu'on l'appelle; ce qu'il y a de certain c'est qu'il prend de la main droite le verre qu'on lui offre, et qu'il s'essuie après avoir bu.

Cet état a persisté sans changement notable pendant 3 jours, la respiration est restée calme, le pouls assez plein a oscillé entre 50 ou 60 pulsations, le blessé paraissait endormi. La température était de 37 à 38°.

C'est le troisième jour seulement qu'elle s'est élevée à 40°, et que 100 pulsations accompagnées d'irrégularités se sont mani-

festées au pouls. Le cuir chevelu qui recouvre le côté gauche de la tête s'est tuméfié au niveau de la plaie.

Le 5e jour la respiration est devenue stertoreuse, et le 6e il a succombé.

L'autopsie a été pratiquée avec le plus grand soin afin de bien déterminer quelle était la direction et le chemin qu'avait dû parcourir le projectile.

Une infiltration purulente a décollé le cuir chevelu dans une assez grande étendue.

Une ouverture de 5 millimètres, ayant la forme d'un ovale dont les bords seraient éraillés, existe à un centimètre au devant de la suture fronto-pariétale gauche, au niveau du tiers postérieur de la fosse temporale.

Le projectile a traversé les deux hémisphères du cerveau, en y creusant un sillon dans lequel on pourrait introduire le doigt ; son trajet oblique de gauche à droite, d'avant en arrière, est situé à 2 millimètres au-dessus du corps calleux.

Dans le trajet qu'a parcouru la balle, on trouve du sang, du pus et quelques esquilles, les parois de ce sillon sont ramollies et converties en un détritus mutrilagineux.

Je m'attendais à trouver la balle au fond de la gouttière qu'elle s'était creusée: elle n'y était plus, mais on remarquait sur la paroi concave du crâne, correspondant à l'extrémité du sillon, une légère empreinte qu'elle avait produite en se réfléchissant pour y gagner le lobe postérieur droit du cerveau où nous l'avons trouvée.

Les vaisseaux de l'encéphale étaient très-congestionnés, leur déchirure avait déterminé un épanchement de sang assez abondant pour comprimer le lobe cérébral correspondant droit.

Nous trouvions dans ces désordres, l'explication de l'hémiplégie du même côté que la plaie d'entrée.

Le trajet des projectiles lancés par des armes à feu, est tellement extraordinaire que nous n'avons pas été trop étonnés du chemin que celui-ci a parcouru.

La mort était inévitable, il était donc bien inutile de tourmenter le malade et de le soumettre à une médication énergique.

Cette observation pouvait-elle servir à éclaircir la localisation de quelques-unes des fonctions du cerveau, question qui est à l'ordre du jour ?

Les désordres étaient trop considérables pour qu'on pût en tirer parti.

Nous avons vu que pendant 3 jours, le blessé avait été dans un état presque complet de somnolence. Nous ne pouvons certainement pas invoquer l'anémie cérébrale comme la cause de ce

sommeil, les lésions indiquaient une congestion et une inflammation, terminée par suppuration.

Il y a 3 ans, je reçus dans mon service un jeune homme qui s'était tiré un coup de pistolet dans l'oreille droite, la balle était si solidement implantée dans le conduit auditif, qu'il me fut impossible de l'extraire. Au bout de 2 jours il survint une hémiplégie du côté opposé.

Le blessé vécut dans cet état pendant 2 mois, mais il succomba aux abcès qui se formèrent à la cuisse à la suite d'une phlébite de la veine crurale.

A l'autopsie, nous trouvâmes une induration des couches superficielles de l'hémisphère droit du cerveau.

Le projectile avait soulevé la paroi supérieure du rocher et déterminé une encéphale qui s'était terminée par scléroma.

Pathogénie des rétrécissements du rectum.

M. Lannelongue. Vous savez combien est obscure la pathogénie des rétrécissements du rectum. Si pour quelques-unes de ces coarctations on peut trouver dans une cause spécifique ou dans un état organique de l'intestin l'origine évidente du rétrécissement, par contre, dans un très-grand nombre de cas, on reste dans l'incertitude et sans données exactes sur cette origine. Aussi convient-il de mettre en lumière tous les faits qui mettent en évidence les points obscurs qui s'attachent à une aussi importante question.

Deux fois, dans le cours d'une année, j'ai constaté l'influence d'une cause nouvelle et qui n'a rien de surprenant. Le rétrécissement a été consécutif à une chute du rectum. Je me hâte d'ajouter que je crois ces faits exceptionnels dans l'histoire des chutes du rectum, et que, par conséquent, le rétrécissement n'est nullement la suite obligée du prolapsus rectal. Il ne se produit qu'à la faveur de complications d'inflammation plastique ou ulcéreuse d'une certaine intensité. A ce titre on voit combien il importe de ne pas laisser durer trop longtemps le prolapsus dont les suites peuvent devenir aussi fâcheuses.

9 *novembre*. — Une femme est venue à la consultation, conduisant son petit garçon, Frédéric Biscop, âgé de 21 mois, atteint d'une chute du rectum. Elle nous raconte que la veille de la Toussaint, l'enfant étant sur le pot, il apparut, à la suite d'efforts violents, une tumeur à la sortie de l'anus. Mais auparavant, et déjà depuis un certain temps,

la mère avait remarqué qu'il se présentait à l'anus quelque chose de rouge qui plus tard est sorti brusquement mais sans atteindre le volume actuel qui ne s'est produit que peu à peu.

Cette femme nous a montré le 5 novembre l'enfant dont la tumeur présentait l'aspect suivant :

Tumeur arrondie du volume d'une pomme d'api, légèrement aplatie sur ses deux faces, rouge, ayant à son centre un orifice et parfaitement distincte de l'anus qui n'offre avec elle aucune espèce de continuité. La surface est légèrement exulcérée et quand on met le doigt dans le cylindre, on trouve le canal de l'intestin au niveau de la tumeur rétrécie par des parois indurées. Le canal rétréci a environ 2 centimètres de longueur au-dessus de lui, on est entré dans la portion libre de l'intestin.

J'ai réduit cette tumeur et j'ai recommandé à la mère de la maintenir réduite par le procédé le plus simple, c'est-à-dire en la contenant avec la main. Dans les premiers temps, l'écoulement qui se faisait par l'anus était un mélange de sang et de pus. Depuis quelque jours, c'est un écoulement purulent dont on retrouve des traces en écartant les fesses.

10 *novembre*. — Le toucher rectal fait constater à environ plus d'un pouce au-dessus de l'anus, par conséquent au-dessus du sphincter, un point rétréci dans lequel l''extrémité du doigt s'engage dans une étendue de 1 à 2 centimètres. En même temps, dans cette région, on perçoit un état granuleux assez accusé, de petites saillies de la dimension d'une lentille se détachant de la surface et la paroi est légèrement indurée. L'écoulement qui se fait autour est muco-purulent,

La mère raconte que depuis qu'elle réduit la tumeur et la tient réduite par le rapprochement des fesses la tumeur ne sort plus. Ainsi l'enfant a passé 24 heures, et cela quoiqu'il soit allé à la garde-robe, sans que l'accident ait persisté.

14 *novembre*. — L'enfant est venu aujourd'hui, il ne perd plus son fondement quand il va à la garde-robe. Il ne fait plus de sang, plus de matières, encore un peu de diarrhée cependant.

L'examen par le doigt fait encore sentir à 5 centimètres un anneau rétréci, un peu induré, encore ulcéré, mais n'ayant plus les granulations de l'autre jour.

25 *novembre*. — La chute de l'intestin ne s'est plus reproduite depuis trois jours dans les efforts de la défécation. Il s'écoule encore un peu de pus, chaque jour, qui tache un peu la chemise de l'enfant. Le toucher rectal fait reconnaître à 5 centimètres de l'anus, la présence d'un anneau cicatriciel assez peu résistant, formant comme une valvule annulaire dans la lumière de l'intestin,

8 *décembre*. — Il n'y a plus d'écoulement anal depuis près de quinze jours. Les gardes-robes de l'enfant sont solides, mais la mère a remarqué qu'elles ont un aplatissement assez grand. L'exploration de l'intestin fait reconnaître le même état qu'au dernier examen, c'est-à-dire l'existence d'une valvule circonférencielle à bords minces, membraneuse et n'offrant pas une grande résistance à la pression du

doigt. Cette valvule est pleine dans la partie de l'intestin correspondant à l'ampoule rectale, à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la portion sphinctérienne du rectum.

2e OBS. — Elle se borne à des données fort incomplètes au sujet de l'origine du rectum et à sa durée. C'était le garçon de 4 ans qui nous fut présenté à la consultation de l'hôpital Sainte-Eugénie, en 1877, au mois de novembre.

La chute du rectum était complète et formait une tumeur du volume du poing avec inflammation et induration des parois de l'intestin autour de l'orifice placé sur la tumeur. Après 3 mois de soins, l'enfant étant définitivement guéri, je fus surpris de trouver à l'examen direct, par le doigt, un demi-anneau induré occupant la partie postérieure de l'intestin à 4 ou 5 centimètres de l'anus. Cette induration était assez rigide et n'était accompagnée d'aucune complication. J'ai revu l'enfant plusieurs fois, il est resté dans cet état.

Discussion.

M. DESPRÈS. L'histoire des rétrécissements du rectum est incomplète. Je demande la permission de faire quelques remarques à propos des faits présentés par notre collègue, et de donner ici un aperçu d'un travail que je prépare sur le sujet. J'ai observé chez un malade âgé de 51 ans un rétrécissement qu'il n'avait pas constaté et qui offrait un caractère entièrement différent des rétrécissements connus. Je diagnostiquai un rétrécissement congénital.

Le rétrécissement congénital du rectum est un vice de développement du même ordre que les imperforations. Entre l'absence d'anus et de rectum et la conformation normale du rectum, il y a des intermédiaires, et l'état le moins éloigné de l'état normal est un défaut de fusion complète de l'intestin avec le cul-de-sac qui part du périnée et doit former l'anus. Le rétrécissement congénital du rectum, interprété comme je le fais, comble donc une lacune de l'histoire des cas de développement de l'anus et du rectum, car le défaut de fusion complète n'est et ne peut être constitué que par une valvule qui diminue le calibre de l'intestin ; ce n'est pas encore l'inperforation, mais ce n'est plus l'intestin normal : c'est un intestin rétréci.

Ce rétrécissement siége toujours à une hauteur déterminée de 3 à 5 centimètres au-dessus du niveau de l'anus, et je lui ai trouvé un caractère qui permet de le reconnaître facilement en même temps qu'il indique son origine congénitale.

En effet, l'on sait que les soudures des fentes du premier âge pendant la vie intra-utérine ne se réunissent pas par un tissu de cicatrice ; qu'au niveau des soudures, la peau et les muqueuses se réunissent intimement et sans adhérer aux parties profondes : ainsi la soudure des bourgeons céphaliques, des lèvres et de la

voûte palatine. Il en est de même dans l'intestin. La muqueuse des deux bouts qui se fusionnent s'unit sans cicatrice et il en résulte que la muqueuse intestinale est intacte au niveau de la bride et *qu'elle glisse facilement sur elle.* C'est à ces signes que l'on peut suivant moi diagnostiquer un rétrécissement congénital du rectum, et dire qu'il est dû à un vice du développement normal de la partie inférieure du tube digestif.

Pour ce qui est des deux malades de M. Lannelongue, je pense qu'il s'agissait de rétrécissements congénitaux, et je renverserais volontiers sa proposition. Je dirai que les petits malades avaient eu un prolapsus du rectum parce qu'ils avaient un rétrécissement congénital du rectum qui y prédisposait.

M. Lannelongue. Je crois que le mode de formation des rétrécissements congénitaux du rectum est beaucoup mieux connu que ne semble le croire M. Desprès, et je crois que l'on pourrait en trouver la description dans les livres classiques. Je ne vois donc pas de fait nouveau dans ce qui vient de nous être dit. Je désire faire observer que jamais la portion inférieure qui va à la rencontre du cul-de-sac rectal, n'a la longueur que j'ai constatée sur mon petit malade ; j'ai l'occasion d'en voir souvent à l'hôpital Sainte-Eugénie et jamais il n'y a cette étendue. S'il y avait eu une valvule, je l'aurais sentie, et je dirai que la lecture de l'observation réfute les objections de M. Desprès.

Pour moi, je n'hésite pas à admettre que la hauteur à laquelle se trouve le rétrécissement est une preuve suffisante pour admettre la relation du rétrécissement du rectum avec la chute du rectum.

M. Farabeuf. La dépression anale qui va à la rencontre de l'ampoule rectale n'a jamais la profondeur dont parle M. Desprès.

La portion supérieure du rectum se développe jusqu'au niveau de la portion membraneuse de l'urèthre, puisque souvent on trouve l'insertion des fibres du rectum avec celles de la portion membraneuse.

C'est donc entre la prostate et le bulbe que se fait la soudure, or le rétrécissement que nous montre M. Lannelongue, siège à 6 centimètres de l'anus, il est donc impossible d'admettre le mécanisme soutenu par M. Desprès.

On trouve encore sur le rectum de l'adulte les traces de cette soudure qui ne dépasse jamais la distance d'une phalange.

M. Desprès. Je me réserve de montrer dans la séance prochaine que la pathogénie des rétrécissements congénitaux est loin d'être aussi connu que veut bien le dire M. Lannelongue.

Dans presque toutes les observations, on voit que pour aller à

la recherche de l'ampoule rectale, il a fallu enfoncer souvent le petit doigt. Sur l'enfant sain, il est possible que la suture se soit faite à la hauteur indiquée par M. Farabeuf, mais sur l'enfant atteint de malformation, c'est tout différent.

M. Trélat. Les rétrécissements congénitaux ne sont peut-être pas aussi connus que l'on pourrait le désirer, mais leur histoire n'est plus à faire de toute pièce.

Bourgeois, de Montpellier, en 1846, en a publié deux observations; M. Buisson, une; Aug. Berard en a aussi publié; enfin, il y a peu de temps, M. Reynier a fait paraître sous les inspirations de son maître, M. Tillaux, un travail sur ce sujet.

Les rétrécissements congénitaux ont été observés, le scalpel à la main, par des anatomistes, ce sont les cas de Bourgeois, de M. Buisson, ou bien par des chirurgiens dont l'examen a été provoqué par des troubles survenus du côté de la défécation.

Les chirurgiens les ont rencontrés sur des individus de 16, 19, 22 ans, jamais sur des enfants.

A l'introduction du doigt, on trouve un petit rétrécissement valvulaire souple, tranchant, d'une sensation bien différente de celle que donnent les rétrécissements néoplasiques. Si on voulait chercher une comparaison anatomique, on pourrait la trouver avec le pylore.

On connaît 7 à 8 observations de rétrécissements congénitaux du rectum et je ne doute pas que le dépouillement des recueils étrangers n'en donne un plus grand nombre.

L'examen de la pièce que vient de nous soumettre M. Lannelongue me fait complétement repousser l'idée d'une malformation congénitale, car le rétrécissement est beaucoup trop haut, et je suis disposé à admettre l'étiologie proposée par notre collègue, car nous la retrouvons pour les rétrécissements du vagin.

M. Desprès nous a dit qu'il fallait souvent aller chercher très-haut l'ampoule rectale, mais je ferai remarquer que rien n'est plus variable et cela pour les raisons suivantes.

Dans certains cas, les deux ampoules se touchent, d'autres fois il y a des trousseaux musculaires, réunissant les deux ampoules; enfin, dans d'autres cas, l'ampoule rectale est située à une distance considérable, mais il faut se rappeler que le rectum peut manquer, ainsi que l'S iliaque, le côlon descendant, le côlon transverse, aussi lorsque l'ampoule rectale se rencontre très-haut, doit-on admettre qu'il manque une portion du rectum.

M. Lannelongue. J'ai vu beaucoup de vices de conformation du

rectum et jamais je n'ai pu faire pénétrer une sonde dans la dépression anale, à une distance de plus de 2 à 3 centimètres.

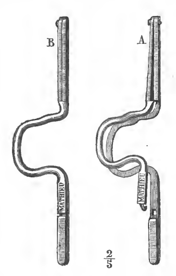
Je ne veux pas faire de théories et je désire m'en tenir aux faits que j'ai observés jour par jour et je crois que l'étiologie que j'ai donnée du rétrécissement est la véritable.

Présentation d'instrument.

M. Horteloup. Je présente une pince destinée à faciliter la section régulière de la muqueuse préputiale dans l'opération du phimosis.

Dans le rapport que j'ai lu, il y a quelque temps, sur un procédé de l'opération du phimosis, proposé par M. Hue, je faisais remarquer que malgré tous les instruments proposés, il était impossible de sectionner en un seul coup la peau et la muqueuse, et que le plus souvent on laissait trop de muqueuse, ce qui avait de graves inconvénients.

Aussi, pour éviter cet inconvénient, je disais que depuis longtemps j'ai pris l'habitude de faire l'opération du phimosis en trois temps : 1° je sectionne la peau au point voulu ; 2° j'incise la muqueuse par une incision dorsale, 3° je résèque la muqueuse en la sectionnant tout autour du gland. Ce dernier temps de l'opération n'est pas toujours facile avec des ciseaux. Il est assez long et douloureux, et la pince que je vous présente a pour but de le faciliter.



Cette pince que j'ai fait construire par MM. Mathieu, a 1 demi-cen-

timètre d'épaisseur et a la forme d'un demi-cercle de la dimension d'un gland dont les extrémités sont inclinées pour suivre la forme de la muqueuse au niveau du frein. Je fais tendre, avec deux pinces, la portion de muqueuse, et je place la branche femelle A en dehors de la muqueuse, la branche mâle vient se placer d'elle-même entre le gland et la muqueuse; un petit ressort permet de fermer exactement la pince, et d'un coup de bistouri, qui rase la pince, j'enlève toute la muqueuse.

La section faite, j'ouvre la pince et je la place du côté opposé; la disposition permet de s'en servir pour les deux côtés.

Je vous soumets deux modèles de pince, un pour l'adulte, un pour l'enfant.

Présentation de pièce.

M. Prestat, membre correspondant, présente un enfant atteint de plusieurs vices de conformation, dont voici la description.

L'enfant dont je présente le corps à la Société est né il y a environ 15 jours à l'Hôtel-Dieu de Pontoise.

La mère avait déjà eu deux enfants bien conformés. La troisième grossesse a été régulière jusqu'au commencement du neuvième mois où de petites pertes, occasionnées par l'insertion du placenta, près de l'orifice utérin, forcèrent la mère à entrer à l'Hôtel-Dieu. Le repos absolu au lit fit cesser cette complication et l'accouchement se fit à terme très-facilement.

L'enfant bien que présentant plusieurs vices de conformation vécut 8 jours et succomba, la mère ayant refusé de le nourrir au sein, à un manque de nutrition.

Les vices de conformation sont au nombre de quatre :

1° Un spina-bifida surmonté d'une vaste poche remplie de sérosité cérébro-spinale;

2° Une anomalie du rectum, de la vessie et de l'anus;

3° La jambe droite s'arrêtant aux épiphyses supérieures du tibia et du péroné et simulant un moignon d'amputation ;

4° Une malformation de la jambe gauche divisée en deux par la séparation du tibia et du péroné jusqu'auprès du genou.

Je n'insisterai pas sur le spina-bifida qui n'offre rien de particulier.

Le haut du corps de l'enfant jusques et y compris l'ombilic est bien conformé, à 4 millimètres de l'ombilic commence une fissure allant jusqu'au pubis, dont le tégument, semblable à un tissu cicatriciel descend jusqu'au pubis. Les parois de cette fissure s'adossent à la façon de la poche abdominale du marsupiau. Au devant

d'elle se trouve une portion intestinale longue de 6 centimètres environ, couchée sur la paroi abdominale, remontant jusqu'à l'ombilic où elle se termine par une petite ouverture qui rappelle la bouche d'une sangsue. Pendant la vie, j'ai vu sortir par cette ouverture du mœconium. C'est le rectum dévié et situé au dehors de l'abdomen.

La vessie, au-dessous de cette déviation intestinale, est complétement ouverte dans sa paroi antérieure, on aperçoit l'ouverture des uretères par lesquels l'urine sortait tantôt d'une façon insensible, tantôt par petits jets.

Plus bas existe un raphé qui s'étend du pubis au sacrum et sur lequel la place de l'anus est indiquée par un petit enfoncement.

A droite et à gauche de la partie antérieure du raphé sont deux replis cutanés analogues aux grandes lèvres. N'ayant pas ouvert l'abdomen, j'ignore le sexe de l'enfant.

Le membre inférieur droit se termine au-dessous du condyle du tibia et le cartilage épiphysaire est mobile sur le fémur. On dirait une amputation sous-épiphysaire.

La jambe gauche est divisée en long depuis les épiphyses supérieures jusqu'au bout du pied. Ces deux parties, à leur partie moyenne présentent une mobilité due à l'articulation de chacun des os de la jambe, avec le côté du tarse correspondant. La portion tibiale se termine par un appendice digital, tandis que la portion première en présente deux.

Discussion.

M. Houel. Le sujet que vient de nous présenter M. Prestat a besoin d'une dissection complète pour que l'on puisse bien l'étudier.

Je voudrais faire observer que c'est un fait unique, jamais je n'ai encore vu de disposition d'un tibia séparé du péroné. Ce n'est pas la pince de homard, c'est tout différent ; nous avons ici deux doigts articulés avec le tibia et deux doigts avec le péroné.

M. Trélat. Je voudrais faire remarquer que la pièce que nous présente notre collègue, vient à l'appui de ce que je disais tout à l'heure. Cet enfant a un anus allantoïdien, l'intestin et la vessie communiquent largement et ils présentent au-dessous de l'ombilic un reste de cloaque; il n'y a donc ni S iliaque ni rectum.

Présentation de malade.

M. Trélat présente un malade atteint de granulations anciennes

de la conjonctive, qui ont été considérablement améliorées par l'irrigation d'eau fraîche combinée avec un traitement approprié.

La séance est levée à 5 heures 35 minutes.

Le Secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 18 décembre 1878.

Présidence de M. GUYON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine; le *Journal de thérapeutique*, la *Gazette obstétricale*, le *Bulletin général de thérapeutique*, les *Archives de médecine navale*, le *Bulletin de l'Académie de médecine*, les *Annales de gynécologie;*

2° Le *Lyon médical*, l'*Alger médical;*

3° *Centralblatt für Chirurgie*, la *Gazette de santé militaire de Madrid*, la *Gazette médicale Italienne-Lombarde*, *The British medical Journal;*

4° Une lettre du Dr Poncet, membre correspondant de la Société, qui adresse une *observation de blessure de guerre* et un *dessin histologique explicatif d'une cicatrice de l'estomac.*

A propos du procès-verbal, M. DESPRÈS donne lecture de l'observation suivante :

Rétrécissements congénitaux du rectum.

M. DESPRÈS. Rien dans les livres classiques, dans les chapitres relatés, n'établit la réalité et l'origine positive des rétrécissements congénitaux du rectum. Si l'on trouve quelque chose qui se rapproche du sujet, c'est dans le chapitre relatif aux imperforations du rectum, et ce qui le prouve, c'est que l'article ANUS du *Dictionnaire encyclopédique*, dû à la plume de M. Trélat, ne consacre aux rétrécissements congénitaux de l'anus que quelques lignes. L'article ANUS de Giraldes dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* est exactement dans le même cas. M. Terrier dans le *Manuel de pathologie chirurgicale* de Jamain, Paris 1870 [1], est un peu plus étendu et parle des rétrécissements con-

[1] Terrier et Jamain, *Path. chir.*, t. II, p. 629.

génitaux valvulaires du rectum comme d'une lésion parfaitement connue, mais il ne donne à ce sujet aucun détail précis. Sans doute c'étaient les deux faits de Benoit de Montpellier qui avaient inspiré M. Terrier. En effet Benoit avait vu sur deux pièces des rétrécissements valvulaires qu'il avait déclaré être des rétrécissements congénitaux. La thèse de concours de M. Bouisson et divers autres articles ont reproduit depuis les mêmes allégations. Mais tous les auteurs sans exception ont répété la mention de Nélaton relative aux brides congénitales du rectum. Le plus souvent, disait Nélaton, « ces cloisons sont constituées par un repli de la muqueuse »[1].

Dans les chapitres qui ont trait aux rétrécissements du rectum, il n'y a pas un mot du rétrécissement congénital. Sans doute cela tient à ce que l'on ne possédait pas de signes diagnostiques capables de faire reconnaître ce rétrécissement. C'est pour cela que je trouvais matière à faire un travail sur les rétrécissements congénitaux qui doivent à mon sens être plus fréquents que l'on ne pense ; mais, et je dois l'ajouter, ce n'est pas la muqueuse seule qui les constitue, ainsi que tout le monde l'a répété jusqu'ici.

Il n'y a rien dans les livres étrangers ; la récente monographie de M. Allingham, ne dit pas un mot des rétrécissements congénitaux, et l'annotateur du livre traduit, M. Poinsot, est également muet sur cette lésion.

Dans son mémoire sur les rétrécissements valvulaires congénitaux du rectum M. Reynier[2], reprenant l'historique des faits antérieurs, constate, comme je l'avais fait, que les rétrécissements congénitaux du rectum avaient été admis théoriquement, parce que l'on ne trouvait point d'autre cause pour expliquer un rétrécissement valvulaire existant chez un adulte : une fille vierge, par exemple, ou un homme de 18 à 40 ans. On admettait un rétrécissement congénital du rectum comme on admettait un rétrécissement des autres conduits muqueux, sans en donner les caractères et sans rattacher directement le rétrécissement aux vices de conformation du rectum.

M. Reynier n'avait pas eu connaissance de la leçon que j'ai faite en mai 1877 à l'hôpital Cochin sur le sujet, lorsqu'il a exposé la théorie de la formation des rétrécissements congénitaux que je vous ai donnée ici. M. Reynier a bien dit en effet que pendant la période de formation du rectum, « si la continuité de l'intestin ne se fait pas, on aura une cloison située à 1 ou 2 centimètres de

[1] Nélaton, *path. chir.*, t. v, p. 2.
[2] *Gaz. heb.*, 29 novembre 1878.

l'anus, ou si elle a lieu incomplétement, on aura un rétrécissement en forme d'hymen ». Enfin, il ajoute comme conclusion que les rétrécissements situés à 3 centimètres de l'anus sont dus à un arrêt de développement. La théorie et la conclusion sont exactement celles que j'ai produites dans une leçon faite à l'hôpital Cochin à la fin de mai 1877. J'y avais ajouté seulement que ces rétrécissements avaient un caractère spécial qui les faisait reconnaître, qu'ils n'avaient pas le caractère d'une cicatrice et que la muqueuse glissait sur le point resserré comme la muqueuse glisse sur les éperons fibreux du gros intestin. J'avais enfin, comme M. Le Dentu, remarqué que quelques-uns de ces rétrécissements étaient méconnus par le malade et que c'était tout à fait accidentellement qu'on les diagnostiquait.

Je n'ajouterai plus rien, je me bornerai à donner à la Société l'observation du malade qui a été l'objet de la leçon de 1877 et qui a été signalé dans la *Chronique du Progrès médical.* Cette observation a été recueillie par M. Bourrier, mon interne pour l'année 1877. Le mémoire que je voulais faire est fait depuis 15 jours. L'observation que je donne ici permettra seulement de le compléter en établissant le signe diagnostic à l'aide duquel le rétrécissement congénital peut être reconnu chez l'adulte : je veux parler de l'intégrité de la muqueuse sur le rétrécissement et la facilité de son glissement sur la valvule fibreuse qui forme réellement le rétrécissement.

Observation. — Le nommé Sagot (Gustave), âgé de 51 ans, exerçant la profession de cocher, entre à l'hôpital Cochin le 2 mai 1877, salle Saint-Jacques, lit nº 6, dans le service de M. le Dr Desprès, pour une dyssenterie dont le début remonte au mois d'avril de l'année 1876. Il s'agit d'un homme vigoureux et qui jusque-là s'était toujours très-bien porté, lorsqu'à cette époque, après une première atteinte de bronchite aiguë qui dura une quinzaine de jours environ, cet homme fut pris de tous les symptômes d'une dyssenterie parfaitement caractérisée : selles diarrhéiques d'abord, puis bientôt mucoso-sanguinolentes, de 20 à 30 dans les 24 heures, accompagnées d'épreintes, de ténesme anal et vésical, sans grandes coliques néanmoins ; les choses se maintiennent en cet état pendant 6 mois, sans amélioration bien notable, à en croire le malade ; à certain moment cependant, le sang disparaissait, et les matières redevenaient simplement diarrhéiques ; jamais de sang pur n'était rendu dans l'intervalle des selles.

Comme d'ailleurs l'état général était resté assez bon, que l'appétit était conservé, le malade continue de vaquer à ses occupations, ne se soignant que peu ou mal, et sans appeler un médecin, lorsque tout d'un coup survient une hémoptysie ; le malade rejette, à la suite d'une quinte de toux, un verre environ de sang pur, rutilant; l'hémoptysie se reproduit à 3 reprises différentes dans les 24 heures, et continue

ainsi pendant 11 jours; elle ne s'accompagne d'ailleurs d'aucun autre symptôme et laisse seulement à sa suite un peu de fatigue et d'abattement. A ce moment, les symptômes dyssentériques s'étaient calmés; le sang avait peu à peu disparu dans les selles; le ténesme anal et vésical existaient encore, mais beaucoup moins prononcés; la diarrhée continuait néanmoins; 7 à 8 selles dans les 24 heures; mais celles-ci prenaient déjà un peu plus de consistance, et de temps en temps même devenaient demi-solides, et il semblait alors au malade que ses matières étaient *effilées*, minces, *aplaties;* puis, la diarrhée recommençait; à aucun moment donc, on n'observait ici les alternatives de constipation opiniâtre et de diarrhée abondante (débâcle) qui se produisent ordinairement dans les cas de rétrécissement du rectum. — Les choses restant dans cet état, et le malade ne voyant survenir aucune amélioration, se décide alors à consulter un médecin qui le traite pendant quelque temps sans succès, et enfin il entre à l'hôpital Cochin le 2 mai 1877,

Telle est en deux mots l'histoire de ce malade, depuis le début de son affection actuelle; si maintenant, nous recherchons avec soin ses antécédents pathologiques, nous ne trouvons à noter qu'une blennorrhagie à l'âge de 20 ans, ayant laissé à sa suite un peu de cystite, une variole contractée en 1870 et paraissant avoir été très-bénigne, enfin la bronchite que nous avons déjà signalée comme ayant précédé d'une quinzaine de jours environ, l'apparition des premiers phénomènes dyssentériques pour lesquels le malade entre aujourd'hui à l'hôpital, bronchite qui du reste, n'a jamais été complétement guérie, et dont nous retrouverons tout à l'heure les traces à l'auscultation; il nous resterait encore à noter que le malade a eu, vers l'âge de 29 ans, une diarrhée qui a duré 3 semaines, mais c'était à la fin d'un été très-chaud, et il y avait à ce moment une épidémie de cholérine dans le pays qu'habitait notre malade.

Sous tous les autres chefs, l'interrogatoire ne nous apprend rien, le malade affirme n'avoir jamais rien eu du côté de l'anus, ni chancres, ni hémorrhoïdes, et ne se rappelle pas avoir dans son enfance subi aucune opération de ce côté, jusqu'à l'époque où pour la première fois il fut pris de symptômes dyssentériques, l'état de ses fonctions digestives et intestinales était resté excellent. En un mot, le malade s'était toujours très-bien porté jusqu'en avril 1876, date de l'invasion de la maladie actuelle. Nous appellerons seulement l'attention sur un fait qui nous est signalé par le malade, en raison de la valeur qu'il peut avoir dans le cas actuel; cet homme nous dit avoir remarqué lui-même, qu'à aucune époque de son existence les matières n'avaient jamais été très-grosses; elles lui semblaient plus minces, plus effilées qu'elles ne doivent être normalement chez la plupart des individus. Mais comme d'ailleurs il n'était nullement gêné pour aller à la garderobe, et qu'il s'agissait pour lui d'un fait normal, habituel, il ne s'en était pas autrement préoccupé.

Examiné le lendemain de son entrée à l'hôpital, voici ce que le malade présente : l'inspection de la région anale montre immédiatement

en avant de l'anus une sorte de tissu blanchâtre qui n'est en réalité qu'un élargissement du raphé périnéal, c'est-à-dire une marque d'une ébauche de vice de conformation ; en arrière, on trouve une petite masse charnue du volume d'une petite noisette, de couleur gris rosé, de consistance assez ferme pour n'être autre chose qu'une hémorrhoïde desséchée ; par le doigt introduit dans le rectum, on sent immédiatement au-dessus de l'hémorrhoïde flétrie que nous venons de signaler, par conséquent sur la face postérieure du rectum et à l'entrée, une petite ulcération, très-superficielle, puis à 3 centimètres environ au-dessus on constate la présence d'un rétrécissement où pénètre parfaitement l'index, formé par une simple bride circulaire, au niveau de laquelle la muqueuse est parfaitement intacte, lisse, sans aucune trace d'ulcération; *elle glisse même sur les parties sous-jacentes au-dessus comme au-dessous de cette bride*, du reste, la muqueuse a conservé toute son intégrité; nous sommes donc ici en présence d'un rétrécissement fibreux du rectum placé à 5 centimètres environ de l'anus.

Tel est l'état local ; quant à l'état général, il est resté assez bon ; le malade a conservé son appétit; il est seulement un peu amaigri, et le facies est pâle.

Cependant, il est encore quelques signes sur lesquels nous devons appeler l'attention ; le malade tousse, et si nous auscultons la poitrine, nous trouvons en effet, en arrière et dans toute l'étendue du poumon, des restes de bronchite; la respiration est un peu rude et comme humée ; rien de particulier aux sommets, ni à la percussion, ni à l'auscultation. En avant, rien sous la clavicule gauche, rien à droite, un peu de submatité à la percussion ; et à l'auscultation, la respiration un peu rude ; l'inspiration est saccadée; l'expectoration assez abondante ; crachats de bronchite mucoso-purulents.

Appareil circulatoire sain.

Appareil urinaire : un peu de catarrhe vésical.

10 *mai.* — Depuis que le malade est entré à l'hôpital, la diarrhée a complétement disparu; il ne peut même aller à la selle sans lavements; ceux-ci n'occasionnent aucune douleur, passent très-bien, et sont conservés une dizaine de minutes environ, les matières rendues ont pris de la consistance ; elles sont suffisamment dures, mais très-minces, effilées; pas de trace d'écoulement sanguin. Rien autre de modifié, ni dans l'état local, ni dans l'état général.

M. Desprès conseille au malade de prendre des lavements fréquents pour éviter la constipation.

Rapport.

M. Delens, au nom d'une commission composée de MM. Lucas-Championnière, Lannelongue et Delens, fait un rapport verbal sur deux observations adressées par M. Pilate, d'Orléans.

Ces deux observations sont intitulées :

1° *Kyste multiloculaire complexe de la région axillaire*, enlevé chez un enfant de 2 ans 1/2;

2° *Taille vésico-vaginale* suivie de la suture immédiate.

Après avoir donné un résumé de ces deux observations, M. le rapporteur propose les conclusions suivantes :

1° Adresser des remerciements à l'auteur;

2° Publier les deux observations.

Discussion.

M. Panas. J'ai présenté, il y a quelques années, une tumeur coccygienne ayant la même constitution que celle dont vient de nous parler M. Pilate, et que j'avais considérée comme un germe avorté. Je serais disposé à rapprocher la tumeur de M. Pilate de celle-ci et d'admettre une sorte de production hétérotopique remontant à la formation de l'embryon. Il faudrait donc éloigner l'idée de malignité.

Il a été publié, en Italie, une observation de tumeur du coccyx dans laquelle on avait trouvé des épithéliums à cils vibratiles, l'auteur avait admis, comme point de départ, des germes greffés sur un autre individu.

M. Delens. Dans l'examen fait par M. Pilate il n'a pas été trouvé d'épithéliums à cils vibratiles.

M. Guyon. Je profite de la présentation de M. Pilate, pour faire connaître une opération de taille vésico-vaginale suivie de réunion immédiate que j'ai pratiquée, il y a peu de temps, dans des conditions analogues à celles de l'opération de M. Pilate.

Il s'agissait d'une dame d'un certain âge que l'on soignait depuis longtemps pour une affection utérine; d'après les symptômes indiqués par la malade, je pensai à la présence d'un calcul vésical. L'examen me fit reconnaître, en effet, un volumineux calcul avec inflammation concomitante de la vessie; cette exploration fut suivie de fièvre, qui persista pendant une huitaine de jours, aussi je résolus d'enlever ce calcul par la taille.

J'ai suivi exactement le procédé indiqué par notre confrère d'Orléans, je ponctionnai la cloison vésico-vaginale, puis avec un lithotome simple très-peu ouvert, je fis une incision longitudinale de 5 centimètres.

Après avoir extrait le calcul, j'abrasai avec des ciseaux la muqueuse vaginale des lèvres de l'incision et je réunis avec 9 points de suture passés au-dessous de la muqueuse. La vessie rouge, violacée, ardoisée, couverte de jaunes membranes, présentait, comme je l'ai dit, les signes d'une violente inflammation, aussi je

ne laissai la sonde à demeure que 3 jours et la miction se fit seule.

Il n'y eut aucune réaction ; le 11e jour, j'enlevai les 9 fils, tout était cicatrisé, il n'y avait pas le moindre écoulement. Cette malade fut donc guérie de sa pierre et de sa cystite ; ce résultat heureux me paraît fort important à noter, car je ne crois pas qu'on eut pu l'obtenir avec la lithotritie.

(Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.)

1° Kyste multiloculaire complexe de la région axillaire, enlevé chez un enfant de 2 ans 1/2.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation est d'un tempérament lymphatique et fut atteint d'un léger degré de rachitisme. Dans sa première année, la nourrice qui l'élevait avait remarqué sous le bras gauche une petite tumeur qui devint grosse comme une noix, dura ainsi plusieurs semaines, puis diminua de manière que personne n'y fit plus attention dans la suite.

Quand il fut rendu à ses parents, ceux-ci, peu observateurs, oublièrent ce fait; et ils furent ensuite étonnés de trouver au mois de mai 1878, alors que l'enfant avait 2 ans et 4 mois, une tumeur siégeant dans l'aisselle gauche, offrant déjà à cette époque le volume d'un petit œuf de poule et complétement indolente. Ils consultèrent alors un médecin qui nous dit depuis avoir vu en effet cette tumeur semblable, par sa forme et sa consistance, à un lipome ou à un abcès froid.

Jusqu'au mois de septembre l'état resta tel. A ce moment la tumeur prit en quelques jours un développement très-rapide, et les parents effrayés consultèrent un autre médecin qui constata dans l'aisselle la présence d'une grosse tumeur bosselée, fluctuante, ne gênant l'enfant que quand on faisait subir à son bras des mouvements trop étendus, ou quand on le prenait sous les aisselles pour l'enlever, mais n'ayant troublé ni le sommeil, ni l'appétit, ni les jeux du petit patient.

Pendant les trois premières semaines du mois de septembre le développement atteint des proportions considérables, et quand on nous fait voir l'enfant, nous remarquons les phénomènes suivants: Le bras est écarté du corps par la tumeur qui est grosse comme une tête de nouveau-né, remplit tout le creux axillaire, descend en bas sur la moitié de la paroi thoracique, refoule en avant les muscles pectoraux pour atteindre jusqu'à la clavicule, et occupe en arrière presque toute la fosse sous-scapulaire. La forme est à peu près arrondie, avec quelques bosselures. La peau qui la recouvre est très-distendue, sans lui être adhérente. La consis-

tance est fluctuante dans la plus grande partie, dure dans quelques points seulement.

Le 18 septembre nous faisons deux ponctions exploratrices en deux endroits fluctuants de la tumeur, ce qui donne lieu à l'écoulement d'un verre de liquide séreux très-coloré par du sang. La tumeur se trouve alors réduite aux deux tiers de ce qu'elle était, et le palper, rendu plus facile, permet de constater qu'elle est composée de plusieurs kystes de grosseur variable, avec quelques parties dures, et qu'elle n'a contracté d'adhérence ni avec la paroi thoracique, ni avec les parties constituantes de l'épaule. Elle siége donc dans le tissu cellulaire de l'aisselle et n'a envahi les régions voisines qu'en écartant les espaces celluleux intermusculaires.

Le liquide se reproduit les jours suivants, et le volume redevient ce qu'il était avant la ponction exploratrice.

Bien que la santé de l'enfant ne soit pas actuellement troublée et qu'il n'y ait pas de douleur, l'ablation de la tumeur est jugée nécessaire à cause de sa nature présumée maligne et de son développement rapide; elle semble praticable en raison du siége de la tumeur dans le tissu cellulaire, sans adhérences avec les organes avoisinants.

Nous faisons cette opération le 24 septembre, avec l'assistance de MM. Arqué et Bezard, après avoir soumis l'enfant à l'action du chloroforme. La peau est incisée verticalement, depuis le point le plus élevé du creux axillaire jusqu'au bas de la tumeur, c'est-à-dire vers le milieu de la hauteur de la paroi thoracique. La tumeur est ainsi découverte, et nous ponctionnons quelques-uns des kystes, pour réduire son volume et faciliter son dégagement. Dans ses parties superficielles elle est disséquée avec le bistouri, et dans ses parties profondes elle est énucléée avec les ongles, travail assez laborieux et minutieux, dans le creux sous-claviculaire et au voisinage des vaisseaux et nerfs axillaires. La veine axillaire se trouve accolée à la tumeur. Aussi pour éviter la blessure ou le tiraillement de ce vaisseau, nous faisons par l'énucléation au moyen de la sonde cannelée une sorte de pédicule artificiel celluleux entre la veine et la tumeur, et nous jetons sur ce court pédicule un gros fil au-dessous duquel nous achevons la section.

L'opération terminée, on aperçoit le fond de la vaste plaie qui en résulte, formé par le creux sous-claviculaire, la clavicule, l'articulation scapulo-humérale longée par le paquet vasculo-nerveux de l'aisselle, la fosse sous-scapulaire presque tout entière, enfin le muscle grand dentelé dont le nerf est mis à nu. On ne trouve aucune trace de ganglions axillaires.

Le premier pansement est fait avec de la charpie sèche intro-

duite dans la plaie. On maintient le bras immobilisé le long du thorax par un bandage.

La réaction générale fut presque nulle. L'appétit, le sommeil, la gaieté reparurent trois jours après l'opération. Il y eut à peine un peu d'œdème du membre pendant les quatre premiers jours. La suppuration s'établit et se continua sans accidents. On vit les anfractuosités de la plaie se combler peu à peu. Enfin la cicatrisation fut complète six semaines après l'opération. Le pansement employé a toujours été la charpie imprégnée d'eau alcoolisée; des lavages quotidiens furent faits dans le fond de la plaie.

Examen de la tumeur. — Elle est constituée par l'agglomération d'une très-grande quantité de kystes dont l'ensemble forme une masse arrondie, dépourvue de membrane commune enveloppante, très-bosselée à cause de la saillie des kystes superficiels.

Le volume des kystes est très-variable. Il en est qui se trouvent, pour ainsi dire, à l'état naissant, à peine gros comme une tête d'épingle, et à partir de là on en voit de toutes les grosseurs jusqu'à celle d'une noix, d'un œuf de poule et même davantage. Les moins volumineux sont parfaitement transparents, offrent une paroi très-mince et contiennent un liquide jaune clair entièrement semblable à celui des hydrocèles. Les autres ont une paroi d'autant plus épaisse qu'ils sont plus volumineux. Ceux qui dépassent la grosseur d'une noix contiennent une sérosité plus ou moins colorée par du sang. Quelques-uns même renferment des débris fibrineux d'anciens caillots sanguins. Chacun de ces kystes a sa paroi propre, mais ils sont tous intimement accolés et ne sauraient être isolés les uns des autres.

Dans l'intérieur de la tumeur on remarque que plusieurs des cloisons interkystiques sont très-épaisses, et dans un point se trouve une masse solide, dure au toucher, de la grosseur d'un petit œuf, représentant en volume à peine la vingtième partie de la tumeur. L'examen histologique fut fait par M. A. Gombault, sous-directeur du laboratoire d'anatomie pathologique à la Faculté, qui trouva dans cette masse solide une substance fondamentale formée par du tissu fibreux et renfermant de très-nombreuses cellules cartilagineuses, les unes arrondies, oblongues ou polyédriques, les autres ramifiées. La plupart de ces cellules sont réunies en îlots et accolées les unes aux autres; d'autres sont séparées par la substance fibreuse intermédiaire. Ce tissu fibro-cartilagineux est parcouru par de nombreux vaisseaux et se trouve mêlé d'une assez grande quantité de tissu adipeux.

L'examen histologique n'enlève pas à cette tumeur son caractère proprement kystique. Les éléments cartilagineux doivent être considérés comme la partie accessoire et les kystes comme la

partie principale. D'abord, par rapport à la masse totale de la tumeur, la portion solide où se trouve le fibro-cartilage n'en représente que le vingtième ou même la trentième partie. De plus, tous les kystes, grands et petits, ont chacun leur paroi propre, comme cela s'observe dans les tumeurs polykystiques, et c'est au milieu de ces kystes que se trouve englobée la portion fibro-cartilagineuse. Tandis que dans les enchondromes devenus kystiques on observe des cavités plus ou moins anfractueuses englobées dans la masse cartilagineuse. Il faut donc ranger notre tumeur dans les kystes multiloculaires complexes avec éléments étrangers accessoires, comme cela s'observe si souvent dans les kystes multiloculaires de l'ovaire.

Cette tumeur, par son aspect et sa constitution, est entièrement semblable à ce qu'on a décrit sous le nom de kystes multiloculaires congénitaux du cou, tumeurs siégeant dans le tissu cellulaire et formées par une grande quantité de kystes dont la grosseur est très-variable et dont le liquide est dans les uns clair, dans les autres plus ou moins coloré par du sang. La description qui en est donnée dans la remarquable thèse de M. P. Boucher (*Etude sur les kystes congénitaux du cou*, thèse de Paris, 1868), dans le traité des tumeurs de M. Broca et dans les observations relatées par diverses publications périodiques, se rapporte identiquement à ce que nous venons de dire de notre tumeur.

Mais cette dernière est-elle congénitale, comme les kystes du cou? Sans en avoir la démonstration complète, il n'est pas invraisemblable de le supposer, puisque l'enfant n'était âgé que de 2 ans et 4 mois quand ses parents ont aperçu la tumeur déjà grosse comme un œuf, et qu'il avait été observé dans la première année une petite tumeur occupant la même place et ensuite perdue de vue.

Le siége de ces kystes congénitaux n'est pas exclusivement le cou. En effet, M. Broca cite une de ces tumeurs enlevée par Guersant, en 1854, sur la paroi thoracique, une autre située sur le côté d'un enfant et opérée par M. Lawrence, une troisième enlevée par M. Deguise fils, en 1858, sur la paroi abdominale. Morel-Lavallée observa, en 1859, dans une autopsie, un kyste multiloculaire congénital siégeant sur l'épaule droite (*Soc. de chirurg.*, 23 novembre 1859). Birkett signale la présence de ces kystes dans l'aisselle. Holmes dit qu'on en a trouvé dans le dos, à l'orbite, à la langue.

Quel que soit l'endroit où l'on rencontre ces tumeurs, elles occupent toujours le tissu cellulaire et offrent entre elles la similitude la plus parfaite. Cependant elles renferment, quelquefois, comme parties accessoires des masses solides dont les éléments

sont de nature variable. Wernher pensait que les parois de ces kystes pouvaient devenir cartilagineuses, osseuses ou s'infiltrer de matières calcaires. Holmes, sans donner de détails précis signale, dans une tumeur kystique congénitale du cou « un si grand nombre de cellules diversement figurées que cela pouvait faire soupçonner qu'elle était de nature maligne. » La tumeur enlevée par M. Deguise (*Soc. de chirurg.*, 1858), fut examinée par M. Houel qui trouva entre les kystes des éléments fibreux et des éléments fibro-plastiques. Géraldès signale, dans une tumeur kystique du cou, la présence de cellules cartilagineuses avec quelques ostéoplastes (*Gaz. des hôpit.*, 1860). M. P. Boucher décrit, dans sa thèse, un kyste du cou présentant au milieu des cloisons quelques parties solides formées par du tissu embryonnaire dans lequel se trouvaient des îlots de cartilage fœtal hyalin, quelques fibres musculaires striées embryonnaires, de rares cavités remplies d'épithélium pavimenteux et plusieurs points de dégénérescence muqueuse et pigmentaire.

Presque toutes les autres tumeurs kystiques du tissu cellulaire sont décrites sans qu'il soit fait mention d'éléments étrangers accessoires.

Le rapprochement de ces quelques faits montre que, si la plupart de ces tumeurs ont paru bénignes, et si quelques-unes ont pu être guéries par les injections iodées, d'autres renferment des éléments qui peuvent les faire rentrer dans la classe des tumeurs malignes, et alors elles doivent être enlevées.

2° Taille vésico-vaginale suivie de la suture immédiate,

par le Dr E. PILATE, d'Orléans.

M. Guyon communiquait à la Société de chirurgie, dans la séance du 6 juin 1877, un cas de taille vésico-vaginale, il terminait la discussion qui eut lieu à ce sujet, en disant, sous forme de conclusion, que « la taille vaginale avec suture immédiate est l'opération qui offre les plus grandes conditions d'innocuité, si le calcul a un certain volume. » Le fait suivant vient confirmer d'une manière complète cette proposition.

Madame J..., âgée de 68 ans, demeurant auprès de Meung-sur-Loire, d'une santé habituellement bonne, d'une constitution solide et d'un caractère énergique, souffrait déjà depuis plusieurs années dans le bas-ventre, sans être arrêtée dans son travail de vigneronne. Au commencement de l'année 1877, elle rend par l'urèthre un calcul gros comme une noisette, d'une très-grande dureté. Elle n'est cependant point soulagée par cette émission. Enfin dans l'année 1878 elle souffre davantage et se décide à appeler son médecin pour se faire examiner.

M. Hybord, père, constate dans la vessie la présence d'un gros calcul donnant par le choc de la sonde la résonnance d'un son sec.

Au mois de juin il survient un peu de fièvre, la douleur du bas-ventre est très-grande, la malade reste alitée, et la vessie commence à ne plus pouvoir conserver l'urine qui s'échappe involontairement mais reste toujours claire. Un traitement antiphlogistique fait cesser cet état au bout de quelques jours.

Le 27 juin l'opération chirurgicale est jugée opportune. MM. Hybord, père et fils, nous confient le soin d'une opération, en nous prêtant leur concours éclairé. L'intolérance de la vessie, la grosseur et la dureté du calcul, dont on a pu se rendre compte par le cathétérisme combiné avec le toucher vaginal, font rejeter la lithotritie que l'on juge ou bien impossible, ou bien exigeant des séances trop multipliées pour la sensibilité de la vessie. La taille vaginale est choisie.

Nous faisons placer la malade dans le décubitus dorsal, comme pour la taille chez l'homme. Après une injection d'eau qui ne peut être conservée, un cathéter cannelé est introduit dans la vessie pour faire saillir la cloison vésico-vaginale. Cette cloison est ponctionnée à un centimètre environ en arrière du col de la vessie, avec un bistouri qui vient toucher la cannelure du cathéter. Cette ponction sert à introduire dans la vessie un lithotome simple. On retire le cathéter, et le lithotome ouvert de 3 centimètres fait l'incision de la cloison vésico-vaginale suivant la ligne médiane. Le calcul est saisi avec des tenettes, mais comme il est trop gros pour pouvoir être extrait, on agrandit l'incision en arrière, d'environ 1 centimètre, au moyen d'un bistouri boutonné. Le calcul est alors retiré, mesurant 5 centimètres de longueur, 4 de largeur et 3 d'épaisseur.

(Ce calcul, analysé ultérieurement, offre une très-grande dureté et n'a pu être scié qu'avec une certaine difficulté. On n'y trouve pas trace d'acide urique. Il est formé par de nombreuses couches de phosphate ammoniaco-magnésien. Son poids, à sec, est de 55 grammes.)

La taille terminée, nous procédons de suite à la réparation par le même procédé que pour l'opération de la fistule vésico-vaginale. La femme est couchée sur le côté gauche, la jambe droite plus pliée que la gauche, le bras gauche passant sous le thorax pour venir derrière le dos. Afin d'augmenter les chances de la réunion immédiate, la surface saignante de l'incision est agrandie par une abrasion de la muqueuse vaginale dont on enlève une largeur de près d'un centimètre sur chacun des deux bords et aux deux angles de la plaie. Les deux surfaces que l'on doit affronter mesurent donc un centimètre et demi de largeur. Il est posé cinq points de suture métallique, au moyen de l'aiguille chasse-fil.

La malade est reportée dans son lit, garde le décubitus dorsal d'une manière permanente et conserve à demeure dans la vessie une sonde en S. On lui recommande la plus grande immobilité; sa docilité est d'ailleurs parfaite ; elle évite toute garde-robe.

Le 7 juillet, 10 jours entiers après l'opération, on enlève tous les fils. Quelques-uns d'eux commençaient à couper les tissus mais la

cicatrisation est parfaite dans tous les points. Pour s'assurer qu'il ne reste aucun pertuis par où puisse passer l'urine, on fait une forte injection de lait dans la vessie et l'on ne voit sourdre aucune trace de liquide dans le vagin. La sonde n'est ensuite replacée dans la vessie que de temps en temps, pour éviter une trop grande accumulation d'urine. Enfin, on laisse la malade uriner seule et se lever le 12e jour.

3 mois après, les nouvelles que nous transmet M. Hybord confirment la persistance de l'état parfaitement bon de l'opérée.

Nous devons dire un mot des motifs qui nous ont fait choisir la taille vaginale. Nous avons déjà signalé la sensibilité extrême de la vessie, son incapacité de retenir l'urine et par conséquent les liquides injectés, enfin l'état fébrile antérieur à l'opération, toutes raisons qui, avec la dureté du calcul, faisaient rejeter la lithotritie.

Le volume du calcul excluait de même la dilatation du col de la vessie et de l'urèthre.

Restaient donc la taille uréthrale et la taille vésico-vaginale. Mais les inconvénients d'une incontinence d'urine à la suite de la taille uréthrale, signalés comme assez fréquents dans l'excellente thèse de Paul Hybord, ne pouvaient pas entrer en balance avec les chances presque certaines d'une guérison complète par la taille vaginale suivie de la suture immédiate. Chez une femme adulte et non vierge, comme l'a fait remarquer M. Guyon, les conditions ne sont plus les mêmes que chez l'enfant ou la jeune fille vierge. Aussi n'avons-nous eu aucune hésitation pour choisir une opération innocente après laquelle la réparation pouvait se faire immédiatement. Si l'on a cité des cas de mort à la suite de sutures vaginales, on peut répondre que ces cas exceptionnels se rapportent pour la plupart à des malades ayant eu antérieurement des accidents inflammatoires pelviens ou portant actuellement des lésions rénales. Notre malade ne présentant aucune particularité ; tous les avantages étaient en faveur de la méthode que nous avons mise en pratique.

Quant au procédé opératoire employé dans le cas présent, quoiqu'il ne présente rien de nouveau, quelques points cependant doivent être notés. D'abord l'emploi du lithotome pour faire l'incision de la cloison vésico-vaginale n'a été indiqué par aucun chirurgien avant M. Vallet, d'Orléans, et l'exemple de ce dernier ne semble pas avoir été suivi par d'autres. Cependant il suffit d'inciser la cloison avec le bistouri, pour se rendre compte que les tissus mous et mal soutenus, fuient devant l'instrument, et qu'on ne se rend pas un compte exact de la longueur donnée à l'incision. Tandis que le lithotome, outre qu'il s'ouvre d'un écartement déterminé, tend de lui-même les tissus et rend l'incision facile, nette et de la plus grande précision. On peut objecter la nécessité d'une

double manœuvre : ponction, puis introduction du lithotome ; mais le chirurgien ne regrettera jamais la peine qu'il aura prise de changer d'instrument, quand il verra combien est facilitée son incision par cette pratique.

M. Vallet fait cette incision en travers du vagin. Nous n'avons pas suivi cet exemple, dans la crainte de rencontrer les plexus veineux latéraux signalés par M. Tillaux. De plus, on court, par ce procédé, le risque de couper les uretères, ce qui compromettrait singulièrement le succès de la suture et constituerait de graves dangers déjà connus dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.

M. Vallet voulait, en faisant l'incision transversale le plus profondément possible, atteindre l'endroit le plus épais de la cloison et augmenter les chances de réunion immédiate de la plaie suturée. Mais une pareille précaution n'est point nécessaire si l'on prend le soin d'agrandir les surfaces saignantes en abrasant une partie de la muqueuse vaginale, de la même manière qu'on avive les bords d'une fistule vésico-vaginale. C'est ce que nous avons fait, et c'est peut-être pour avoir négligé d'agir ainsi, que les premiers chirurgiens qui ont tenté la suture immédiate, comme M. Vallet (1851), Fergusson (1862) et Lane, n'ont pas toujours eu des réunions complètes et se sont trouvés quelquefois dans la nécessité de faire une seconde opération réparatrice. En agrandissant les surfaces de la plaie opératoire, celle-ci se trouve préparée dans d'excellentes conditions pour une réunion immédiate, conditions d'autant meilleures que la plaie est faite ici dans des tissus sains, tandis que pour les fistules vesico-vaginales les avivements portent sur des tissus en partie formés de cicatrices.

Communication.

M. Terrier. J'ai l'honneur de vous communiquer, au nom de M. le Dr Pozzi et au mien, l'observation suivante, digne de quelque intérêt clinique :

Tumeur solide (épithélioma myxoïde) des deux ovaires. — Double ovariatomie, abandon des deux pédicules dans l'abdomen. — Drainage du cul-de-sac recto-vaginal. — Guérison.

Marie B..., 25 ans, jeune fille vigoureusement constituée, a été réglée à 14 ans, mais d'une façon très-irrégulière ; elle fut atteinte de chloro-anémie, etc., à 19 ans, aménorrhée complète qui dura 4 ans.

En avril 1876, survinrent des douleurs abdominales, qui durèrent 3 semaines : il y eut du ballonnement du ventre, de la fièvre et on crut à une péritonite. Après cette crise violente, le ventre resta volumineux, et même commença à s'accroître, sans douleurs toutefois.

L'aménorrhée persista jusqu'en janvier 1877; à cette époque les règles reparurent et restèrent régulières jusqu'à maintenant.

Le 31 *août* 1876, on fit une première ponction qui donna issue à 10 litres de liquide citrin. Le 28 novembre, deuxième ponction, évacuation de 12 litres du même liquide, injection de 100 grammes de teinture d'iode, bien que le diagnostic formulé par le médecin traitant fut ascite. A la suite de cette opération survinrent des douleurs vives, de la fièvre, du ballonnement du ventre, ces accidents durèrent 1 jour et demi. En somme, il y eut une légère péritonite.

Le liquide se reproduisit rapidement, mais avec moins d'abondance; une troisième ponction fut faite le 14 juin 1877, et donna issue à 13 litres de liquide. Nouvelle injection iodée de 150 grammes, suivie d'une péritonite violente qui dura 15 jours. 3 semaines après, le ventre était aussi gros qu'auparavant.

La malade se mit alors entre les mains d'empiriques, et fut soumise à des purgations répétées; quoi qu'il en soit, l'ascite diminua notablement et demeura stationnaire pendant 8 mois.

Le 2 *mars* 1878, quatrième ponction, évacuant 16 litres de liquide; l'épanchement ne se reproduisit qu'au bout de 7 semaines.

Le 22 *juin*, cinquième ponction, 14 litres de liquide sont retirés.

Ce fut à la fin d'août 1878 que la malade fut adressée à M. le Dr Pozzi.

Le ventre offrait le volume qu'il présente au terme de la grossesse, fluctuation très-superficielle uniformément transmise dans toutes les directions. La sonorité est localisée au niveau de l'épigastre, les changements de position de la malade ne la font pas se déplacer. Par le toucher vaginal, on n'atteint que très-difficilement le col et on ne peut rien sentir dans les culs-de-sac. L'état général est excellent, sauf des digestions un peu laborieuses et une constipation opiniâtre, qui oblige la malade à user de pilules purgatives. La marche est rendue pénible par le poids de l'abdomen, aucun travail n'est possible, aussi mademoiselle B... réclame-t-elle avec insistance une opération.

Pour faciliter l'exploration de l'abdomen et formuler un diagnostic, M. Pozzi, fait une nouvelle ponction (6e), qui permit d'évacuer 14 litres d'un liquide citrin parfaitement fluide, légèrement mousseux.

Le Dr Mehu, qui voulut bien se charger de l'examen chimique de ce liquide, « le considère comme un liquide d'ascite, probablement produit par la présence d'une tumeur solide (utérine?). Ce liquide contient d'assez nombreux leucocytes pour justifier la présence de quelques flocons d'albumine. Le liquide a laissé 54 grammes de matières fixes par kilogramme. »

M. Chambord, préparateur au laboratoire d'histologie du collége de France, a étudié le même liquide, au point de vue micrographique. « Le liquide, dit-il, est fortement chargé de mucine; il ne contient, comme éléments figurés, que d'assez nombreuses cellules lympathiques gonflées par la transformation muqueuse de leur protoplasma, et très-analogues aux cellules dites salivaires; on y trouve aussi quelques hématies et de rares lamelles de cholestérine. L'examen

le plus plus attentif n'a pas permis d'y découvrir aucune cellule épithéliale. »

Après cette ponction, le palper abdominal permit au Dr Pozzi de sentir très-nettement une tumeur dans le flanc gauche. Cette tumeur paraissait avoir le volume d'une tête de fœtus à terme, sa consistance était élastique, ses connexions avec l'utérus paraissaient intimes, car les mouvements imprimés à la masse morbide se transmettaient au col, exploré par le toucher vaginal. La mobilité de la tumeur était très-nette mais peu étendue. A droite, la tumeur déborde sensiblement la ligne médiane, mais paraît s'enfoncer dans le petit bassin, où on la suit difficilement.

Je fus appelé à voir la malade quelques jours après la ponction, alors que du liquide s'était déjà reproduit dans l'abdomen. Le diagnostic posé après une étude attentive des antécédents et de l'état actuel, fut : Tumeur solide de l'ovaire gauche avec un grand kyste, ou bien plutôt avec une ascite symptomatique. L'intervention chirurgicale fut jugée possible, bien que les connexions étroites de la tumeur avec l'utérus fassent présager de grandes difficultés opératoires.

L'opération fut pratiquée le jeudi 26 septembre 1878, par le Dr Pozzi, avec ma coopération et avec l'assistance des Drs Charles Monod, de Sinéty, Le Blond et Schwartz.

Incision de 8 centimètres sur la ligne blanche, au-dessous de l'ombilic; grande vascularité des parois abdominales, nécessitant l'application de nombreuses pinces hémostatiques. L'ouverture du péritoine donne issue à une grande quantité de liquide ascitique : on aperçoit alors une masse mamelonnée en chou-fleur qui remplit toute la cavité pelvienne et remonte jusqu'à l'hypogastre. Cette masse, qui paraît formée par une multitude de petits kystes agglomérés, offre le volume d'une tête de fœtus à terme. En passant la main autour d'elle, on constate qu'elle est libre dans toute son étendue, sauf au niveau du ligament large et de l'utérus, qu'elle coiffe pour ainsi dire et avec lequel elle paraît faire corps.

L'incision abdominale, jugée insuffisante pour extirper cette tumeur, fut prolongée à gauche, en contournant l'ombilic et dans une étendue de 4 centimètres.

Passant alors ma main en arrière de la masse polykystique, je parvins à la séparer en deux parties et à la circonscrire à droite en la dégageant du cul-de-sac recto-vaginal où elle était un peu enfoncée. Une broche et une anse de fil de fer furent placés à la base de ce segment gauche de la tumeur sur le pédicule de l'ovaire gauche, près de l'ongle gauche de l'utérus qu'on a pu découvrir entre les deux principaux lobes de la masse polykystique. Le serre-nœud étant placé, le pédicule de la tumeur fut solidement étreint, puis sa section fut faite à l'aide d'un couteau à amputation, la ligature et la section comprenaient la trompe gauche; il en résulta une sorte de moignon épais et presque sessile.

La même opération fut faite pour le lobe droit; toutefois, ce lobe plongeant jusqu'au fond de l'excavation pelvienne, dans le cul-de-sac

recto-vaginal, il fut très-difficile de le faire basculer en avant, de manière à l'attirer au dehors. Une broche et une première ligature en fil de fer furent aussi placées sur le pédicule qui n'était autre que la trompe gauche.

Les deux tumeurs polykystiques ainsi enlevées, on se trouvait en présence de deux pédicules qui, beaucoup trop courts, ne pouvaient être fixés au dehors. Il fut donc résolu de substituer aux deux ligatures métalliques des ligatures de catgut, de manière à laisser les deux pédicules dans l'abdomen. Deux ligatures furent appliquées à gauche, trois autres du côté droit. Cette partie de l'opération a été la plus longue et la plus laborieuse. Il fallut ensuite nettoyer avec soin le petit bassin, souillé par du sang et de nombreux débris de la tumeur, qui s'est pour ainsi dire émiettée partiellement, sous forme de fragments ayant l'aspect d'hydatides.

La cavité abdominale offrait alors un aspect très-singulier : le péritoine pariétal présentait une rougeur lie de vin, indice d'une vascularisation exagérée, à laquelle, comme on l'a vu, les parois abdominales avaient elles-mêmes participé.

Les intestins, réunis en un paquet volumineux, étaient parfaitement maintenus par des adhérences, et n'avaient aucune tendance soit à faire hernie hors de la plaie, soit même à descendre dans le petit bassin.

Ces deux particularités : la vascularisation anormale du péritoine et l'agglutination complète des anses intestinales, sont évidemment les résultats de la double injection iodée, suivie de péritonite, qu'a subi la malade. L'enkystement de l'ascite explique les incertitudes du diagnostic formulé plus haut, la collection liquide ayant la plupart des caractères d'un grand kyste ovarique.

Par suite de cette disposition, la place occupée par la tumeur n'avait aucune chance d'être remplie par le déplacement des anses intestinales, et en particulier le cul-de-sac recto-vaginal demeurait largement béant. En présence de ce fait, M. le Dr Pozzi insista pour qu'un tube à drainage fût placé dans cet espace vide, où devait forcément, lui semblait-il, se faire une exhalation séro-sanguine. A ce moment surgit une nouvelle difficulté, le fabricant d'instruments de chirurgie, présent à l'opération, n'avait pas apporté de trocart. On se passa de cet instrument en faisant, à l'aide de ciseaux et par l'intérieur de l'abdomen, une incision sur le cul-de-sac recto-vaginal, soulevé sur l'index introduit dans le vagin. Le tube fut ensuite entraîné avec des pinces.

L'utérus, offrant de chaque côté la section des pédicules des tumeurs ovariques, reste isolé à la partie antérieure du petit bassin ; il est fortement porté en avant.

La toilette de l'excavation pelvienne achevée, le ventre fut fermé par huit points de suture profonds de fil d'argent et deux sutures superficielles. On laissait dans le ventre 5 ligatures de catgut, et l'anse du tube à drainage, dont une extrémité sortait par le vagin, l'autre au-dessus du pubis.

L'opération, le pansement compris, avait duré en tout 1 heure 1/2.

Le Dr Pozzi fut seul à donner des soins à la malade ; dans les deux premiers jours qui suivirent l'opération la malade eut une fièvre assez vive, 39°,5 ; du reste, pas de vomissements, pas de nausées, un peu de sensibilité du ventre, seulement du côté gauche et à la pression. Il se produisit un abondant écoulement de liquide séro-sanguinolent par le drain ; des lavages à l'eau phéniquée, puis à l'eau alcoolisée et phéniquée, furent faits dans le vagin et dans le drain. La malade fut sondée régulièrement.

Le 3e jour (29 septembre), la température baissa un peu (38°,2), l'état général paraissait meilleur, les douleurs provoquées par la pression du ventre étaient disparues.

La suppuration apparaissant au niveau du drain et dans le vagin, la température s'éleva les jours suivants et atteignit 39°,8 le 7e jour qui suivit l'opération : toutefois, vu l'absence de tout accident du côté des voies digestives et du péritoine, la malade pouvait déjà s'alimenter un peu.

Les points de suture furent enlevés très-rapidement, 6 (4 profonds et 2 superficiels) le 4e jour, et les 4 autres profonds le 7e jour.

A partir du 7e jour (3 octobre 1878), l'état fébrile persista pendant encore une dizaine de jours, tout en diminuant peu à peu ; en effet la température oscilla entre 39°,8 (le 6 octobre) et 38°,5 (le 12 octobre).

Le 7, une traction est faite sur le tube à drainage, de manière à ce qu'il cesse de passer au-dessus du pubis ; du reste, un fil relie ses deux extrémités, dont la supérieure plonge ainsi directement dans le petit bassin, tandis que l'inférieure continue à sortir par le vagin. C'est un premier pas de fait vers l'ablation du tube.

On continue les injections par le drain et par l'orifice abdominal occupé précédemment par le tube à drainage.

Le 9 *octobre*, le toucher vaginal permet de reconnaître que le tube est tombé dans le vagin, le fil qui réunit ses deux extrémités libres fait seul séton. L'orifice sus-pubien est encore béant et les injections faites par le vagin viennent y sourdre lentement.

Le 10, la suppuration est à peine sensible. L'injection (1 litre 1/2 environ) sort avec une légère teinte opaline ; le bas-ventre commence à se déprimer, comme pour combler la cavité qu'y a laissé l'ablation de la tumeur.

Le 11, le tube et le fil sont retirés. L'injection faite par l'ouverture sus-pubienne ne pénètre plus ; celle qu'on fait par le vagin vient encore sourdre par l'orifice sus-pubien.

Le 12, la malade urine seule pour la première fois et depuis on ne l'a plus sondée. Une légère purgation provoque quelques troubles digestifs et un vomissement, le seul qu'ait jamais eu la malade.

A partir de ce jour, malgré une élévation persistante de la température, la convalescence commence ; la suppuration vaginale cesse et l'orifice sus-pubien s'oblitère peu à peu, ce qui amène quelques accidents de rétention les 18, 19 et 20 octobre. Ce dernier jour, au moment où on faisait l injection, il s'écoula environ 2 grandes cuillerées de pus crémeux par l'orifice sus-pubien ; une exploration faite avec une

sonde en gomme permet de constater que celle-ci pénètre facilement à 20 centimètres de profondeur. Il existe un peu d'empâtement à la partie inférieure de la cicatrice.

Le 22 octobre, ouverture spontanée d'un petit abcès, au niveau de la partie inférieure de la cicatrice, à 2 centimètres au-dessus de l'orifice du drain; il s'en écoule environ 2 cuillerées de pus.

A partir de ce moment, la guérison a marché avec tant de rapidité et si régulièrement, que M. le Dr Pozzi n'a plus jugé utile de rédiger l'observation jour par jour.

Les orifices sus-pubiens du drain et de l'abcès se sont fermés promptement.

La malade, toujours un peu tourmentée par des digestions difficiles, repart pour son pays à la fin de novembre; elle était entièrement guérie.

Fait curieux à signaler et que je vous ai déjà mentionné à propos d'une double ovariotomie pratiquée par M. le professeur Verneuil: la malade de M. le Dr Pozzi a eu ses règles à la fin d'octobre et à la fin de novembre. Cette persistance de la menstruation, malgré l'ablation des deux ovaires, ne serait d'ailleurs pas très-exceptionnelle, au dire de quelques ovariotomistes.

L'examen histologique de la tumeur, fait au laboratoire d'histologie du Collége de France, par M. Chambard, permit de reconnaître qu'on avait affaire à un *kyste proligène* de l'ovaire, à un *épithélioma mucoïde* de M. Malassez.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. J'ai vu opérer, par Spencer Wells, un kyste analogue à celui dont M. Terrier vient de nous parler. Les intestins étaient agglutinés et il y avait des adhérences dans une grande étendue. Spencer Wells les déchira presque brutalement, fit des ligatures avec des fils de soie et plaça, à la partie inférieure de la plaie, un tube de verre par lequel le liquide accumulé pouvait s'écouler et par lequel on faisait des injections d'eau phéniquée; la guérison fut complète.

Le drainage fait de cette manière, qui présente de grands avantages, est très-employé en Angleterre et M. Spencer Wells le préfère au drainage par le vagin, qui entraîne souvent des suppurations très-longues.

M. Panas. J'ai pratiqué une ovariotomie en ville, en employant la méthode antiseptique. Le pédicule était très-court, aussi je ne fis pas une suture complète et je laissai un orifice dans lequel je plaçai un tube de 2 pouces de longueur. Je fis des injections d'eau phéniquée par ce drain qui permettait l'écoulement des liquides.

Je pense que ce drainage est très-utile, car la mort tient beau-

coup à la présence des liquides putrides, aussi est-il plus grave de fermer une plaie que de laisser une ouverture par laquelle peut se faire un écoulement des liquides de la plaie.

Le drainage de bas en haut est très-suffisant, et je le préfère au drainage par le vagin dans lequel il peut se faire une accumulation de liquide qui peut être cause d'accidents.

M. Boinet. Je crois qu'on ne peut pas poser en principe que le drainage doive toujours être pratiqué. Dans le cas de tumeur avec adhérences, le drainage est excellent, mais, dans les cas simples, il est tout à fait inutile.

Je désirerais savoir de M. Terrier si la malade a été suivie pendant longtemps, car c'est très-important pour pouvoir affirmer une guérison définitive. Dans des cas de tumeur charnue, comme celle dont vient de nous parler M. Terrier, j'ai vu souvent des récidives, après 15 ou 18 mois, avec des accidents cancéreux.

Je voudrais demander à M. Terrier, dans quel point ont été faites les 5 ou 6 ponctions, car l'enkystement, qui a été trouvé, peut tenir à ces ponctions.

M. Lucas-Championnière. Spencer Wells et Kess ne font le drainage que dans les cas compliqués, et de plus on introduit dans le tube de verre un tube en caoutchouc pour extraire le liquide accumulé et faire des injections.

M. Terrier. Je partage complétement l'avis de MM. Boinet et Lucas-Championnière, le drainage ne doit être employé que pour des cas particuliers; mais d'après les indications que j'ai données de l'état dans lequel se présentait le kyste de notre malade, je crois que ce drainage était parfaitement indiqué. M. Pozzi insista particulièrement sur la nécessité de faire le drainage, mais nous n'avions pas de tube de verre et il fallut recourir à la ponction vaginale.

Quant aux points où furent pratiquées les ponctions, je dirai que c'est au point clinique.

Lectures.

I

Au nom de M. Poncet, de Cluny, M. le Secrétaire général donne lecture de l'observation suivante :

Coup de feu à l'appendice xyphoïde par deux petits projectiles. — Perforation de l'estomac et du péricarde; sillon dans le cœur. — Cicatrisa-

tion de ces blessures. — Épanchement purulent dans la poitrine. — Mort trois mois après l'accident. — Histologie de la cicatrice de l'estomac.

Ambroise Paré nous a transmis l'observation d'un capitaine nommé d'Alon, qui reçut au siége de La Rochelle une balle près de l'appendice xyphoïde. Le projectile traversa le diaphragme et sortit entre la cinquième et la sixième côte gauche. Le blessé survécut huit mois et mourut d'une colique.

Ce fait, relevé par Legouest dans son Traité classique des blessures de guerre, nous a engagé à publier l'observation suivante, analogue à celle d'Ambroise Paré, mais assurément plus grave par les circonstances qui l'accompagnent.

Déjà en 1877 nous avons présenté à la Société de chirurgie, (t. III, p. 431) le fait d'un soldat qui, ayant eu la poitrine, le diaphragme, l'estomac perforés par une balle de révolver logée profondément dans la 12e vertèbre dorsale, ne mourut que plusieurs jours après l'accident, sans offrir les symptômes généralement attendus dans les blessures de ce genre. Chaque jour, les recueils scientifiques contiennent des faits curieux relatifs au séjour des petits projectiles dans des organes importants. Rossi a publié récemment (*in Annali universali medicina;* Milan, décembre 1877) l'observation d'un coup de révolver dont la balle s'est enkystée dans le cerveau après issue de la matière cérébrale.

C'est aussi l'innocuité relative, immédiate des blessures par petits projectiles que nous plaidons en rapportant l'observation suivante : elle contient un exemple très-rare de la cicatrisation spontanée de deux blessures réputées mortelles; une perforation de l'estomac, un sillon dans le cœur, par coup de feu.

Aïssa-ben-Amar, Arabe, âgé de 30 ans, tempérament nerveux, maigre, bien portant antérieurement, marchand à Philippeville, est apporté le 9 août 1878 à l'hôpital Militaire, salle n° 1. Cet homme vient de recevoir à deux pas de distance un coup de pistolet chargé de deux balles. Les deux projectiles ont pénétré immédiatement au voisinage de l'appendice xyphoïde du sternum. Les orifices d'entrée (il n'y en a pas de sortie) sont arrondis, à bords noirâtres, circulaires, et de 6 millimètres de diamètre : le premier est situé juste sur la ligne médiane, à un travers de doigt au-dessous de l'extrémité de l'appendice xyphoïde; le deuxième, placé plus à gauche et à un centimètre au-dessous du premier, rase exactement le cartilage des fausses côtes.

Voici ce qui s'est passé : Aïssa avait laissé sur son comptoir un pistolet damasquiné, à long canon: il dormait étendu, légèrement plié sur une table voisine, quand un jeune Arabe, entrant, saisit le pistolet, l'examina, fit jouer le chien, qui s'abattit involontairement. Aïssa reçut le coup de feu à $1^m,50$ à peu près, le tronc un peu fléchi sur le ventre, la figure tournée vers le ciel. La direction du canon de

l'arme, disait le blessé, faisait un angle très-aigu avec l'axe du corps qui était horizontal. La ligne du trajet allant d'avant en arrière, un peu à gauche, de l'appendice xyphoïde à la hauteur de l'omoplate. L'arme était chargée de 2gr,50 de poudre, et de deux balles rondes de 8 à 9 millimètres de diamètre.

Le blessé venait de manger une pastèque et s'était endormi : il bondit sous le coup, se redressa, puis tomba, *sans toutefois perdre connaissance*. Il ne vomit ni aliments, ni sang. Un médecin amené sur le champ prescrivit une potion dont les premières cuillerées amenèrent des vomissements; ces matières rejetées ne contenaient pas de sang. A ce moment, Aïssa rendit quelques crachats colorés, mais aucune hémorrhagie n'eut lieu par la bouche.

A l'entrée du malade dans mon service, les symptômes généraux sont graves. Le visage est pâle, la peau froide, le pouls petit, fréquent; une sueur visqueuse couvre le front, la parole est impossible, les gémissements sont continuels, la moindre exploration de l'épigastre arrache des cris. L'état du blessé ne permet pas un examen très-approfondi; cependant je constate que les balles n'ont pas traversé le corps; elles ne font pas saillie à la partie postérieure, ni dans l'omoplate, ni dans les gouttières, ni entre les côtes. Le malade ne signale du reste aucun point douloureux dans la région dorsale. Le cœur est reporté à droite, ses bruits quoique faibles sont parfaitement réguliers et normaux. Toute la région précordiale est d'une sonorité exagérée, et cette résonnance gagne jusqu'à 3 centimètres au delà du bord droit sternal. J'entends la respiration en avant et en arrière dans toute la hauteur du poumon; elle est obscure seulement en arrière, mais très-nette encore.

Les deux petites ouvertures des projectiles sont obturées avec du coton collodionné et une forte couche de collodion est aussi étendue sur tout l'abdomen. Diète absolue de liquides et d'aliments; potion avec chlorhydrate de morphine, 3 centigrammes, à prendre par petites cuillerées.

Le soir à la contre-visite : T. 37°,5 ; P. 84.

10 *août*. — Le blessé a passé la nuit sans dormir. Le ventre n'est pas ballonné; pas de hoquet; pas de vomissements. Aucun symptôme de paralysie dans les membres supérieurs ou inférieurs. Le bras gauche est cependant un peu engourdi. Le malade a uriné et est allé à la selle. Pas trace de sang dans les urines, ni dans les matières fécales. La respiration est normale à droite; à gauche, bien qu'un peu éloignée, elle est perceptible dans toute la hauteur du poumon en arrière. Percussion douloureuse, mais démontrant une résonnance normale à la partie postérieure. En avant, le cœur est rejeté à droite : *ses bruits sont normaux*.

La région précordiale est tympanique. L'auscultation révèle à chaque mouvement du cœur, ou respiratoire, l'existence de gros râles humides en bas et en avant. Aïssa se plaint d'une vive douleur à la clavicule gauche. Toute la région stomacale est d'une sensibilité extrême. La dyspnée est considérable; 39 respirations par minute; les jugulaires

sont distendues. Pas d'hémorrhagie par la bouche. Diète absolue. Pas de météorisme. T. matin : 37°,5 ; P. 100. — T. soir : 38°, 5 ; P. 100. — Potion avec chlorhydrate de morphine, 3 centigrammes.

11 *août* (2e jour). — Nuit assez bonne ; sous la clavicule, respiration faible et râles muqueux très-gros. Sonorité toujours exagérée à la région du cœur. *Frottements pleuraux à la pointe du cœur*, douleur très-vive à l'épaule gauche. Diète absolue. — T. matin : 38° ; P. 100. — T. soir : 38°,4 ; P. 120. — Potion avec chlorhydrate de morphine, 3 centigrammes. — Pilules de glace.

12 *août* (3e jour). — Le ventre se dilate dans la respiration ; il est évident que le diaphragme reprend ses fonctions. Le nombre des inspirations est de 28 par minute. La douleur de l'épaule diminue, mais Aïssa se plaint d'un fort point de côté en bas et à gauche ; quelques crachats sanguinolents ont été expectorés.

En avant : sonorité exagérée ; en haut : gros râles muqueux ; en bas, en arrière : la respiration est très-faible jusqu'au milieu de la poitrine. A ce niveau, souffle très-prononcé ; au-dessous de ce point, matité absolue, absence de bruit respiratoire. Le côté gauche paraît se dilater. Une pleuro-pneumonie se produit de ce côté ; cependant en avant et en bas la sonorité persiste. Diète absolue. — T. matin : 37° ; P. 96. — T. soir : 38°,4 ; P. 116. — Potion avec chlorhydrate de morphine. Pilules de glace.

13 *août* (4e jour). — Langue sèche et rouge ; le malade expectore des crachats visqueux et rougeâtres. Quelques bouffées de râles crépitants au milieu de la poitrine. Matité et silence absolu en bas. Soif inextinguible, chaque cuillerée de potion amène des douleurs atroces pour la déglutition ; abdomen rétracté, mais non douloureux. Epuisement extrême.

Je permets au malade un peu de limonade glacée et du lait, un œuf. — T. matin : 37°, 5 ; P. 110. — Soir : 38°,4 ; P. 120.

14 *août* (5e jour). — Les aliments ont été bien supportés. Aucune douleur abdominale, même dans la région des ouvertures de balles, où aucune réaction ne s'est produite sous le pansement collodionné.

La soif est extrême ; la déglutition difficile. Aïssa est découragé, refuse toute boisson, et s'introduit le doigt dans la bouche pour se débarrasser d'un obstacle qui le gêne à la gorge. Il arrive à faire des efforts de vomissements sans se plaindre du ventre.

Crachats spumeux et sanguinolents. En avant, la respiration s'entend sans aucun râle jusqu'à 2 centimètres au-dessus du mamelon. Toute la région précordiale et au-dessous, reste d'une sonorité exagérée. En arrière, matité absolue dans la moitié de la poitrine. Souffle en haut ; pas d'égophonie. Le côté gauche se dilate à la base ; légère teinte ictérique, pas de douleur au côté droit. Le malade a vomi ses aliments : lait et tisane. — T. matin : 37°,4 ; P. 96. — Soir : 37°,5.

15 *août* (6e jour). — Aïssa est abattu, très-faible, rire sardonique ; pouls petit, misérable, vomissements, ventre rétracté non douloureux à la pression, même à droite, malgré la teinte ictérique qui est très-nette.

La matité gagne en avant vers l'aisselle. Une ponction est faite avec

l'aspirateur Potain un peu en arrière de la ligne axillaire, dans le septième espace intercostal. Elle donne issue à 150 grammes d'un pus sanguinolent. Le soir, crachats pneumoniques, pouls petit, facies grippé, abattement considérable. — T. matin : 37°,2; soir, T. 37°. — Lait. — Bouillon.

16 *août* (7e jour). — Vomissements de bile, constriction extrême à la gorge, langue sèche, brûlée, une selle normale. — T. matin : 37°,6 ; soir : 37°.

17 *août* (8e jour). — Toute la partie antérieure de la poitrine reste sonore, la respiration s'y entend. Même état de la matité en arrière; elle gagne cependant en avant près de l'aisselle. T. matin : 37°,8; P. 120. Soir : T. 38°,8; P. 136.

18 *août* (9e jour). — Même état de la poitrine, faiblesse extrême. T. matin : 37°,7; P. 130. — Œuf, lait, thé alcoolisé.— Sulf. quinine.— Soir : T. 39°; P. 142.

22 *août* (13e jour). — Je pratique une ponction entre la septième et la huitième côte, sur la ligne axillaire : 800 grammes d'un liquide sanguinolent sont retirés. Le microscope y révèle quelques globules rouges, mais en immense majorité des leucocytes à noyaux multiples, à vésicule colloïde. L'analyse chimique n'y retrouve aucune trace d'aliments ni de boissons : elle y révèle des traces de morphine. — T. 36°,8; P. 120. — Soir : T. 37°,2; P. 116.

23 *août* (14e jour). — Deuxième ponction faite dans le voisinage de la première : issue de 900 grammes de liquide analogue à celui d'hier. — T. 37°,6; P. 123. — Soir : T. 37°,1; P. 112. — Accès de toux pendant la ponction : diarrhée. Le malade a mangé un peu mieux. L'ictère a disparu.

25 *août* (16e jour). — État général meilleur; la langue se déterge; Aïssa se nourrit, l'appétit revient. En avant de la poitrine, la sonorité est tympanique, à la partie inférieure, mais la respiration s'entend très-nettement en haut, sans râles. En arrière, respiration amphorique au milieu de la poitrine. Matité inférieure. C'est seulement le long de la ligne axillaire que la matité a rétrocédé, elle suit le bord postérieur de l'aisselle. La position du malade ne change rien aux lignes de matité et de résonance qui sont tracées en avant et en arrière. — Les deux ouvertures des balles sont parfaitement cicatrisées. Les sclérotiques sont blanches, pas de douleur à l'hypochondre droit, non plus qu'à l'épigastre. — T. 36°,6; P 112. — Soir : T. 38°,4; P. 116.

Le 25 août, je quittais le service, et le malade fut soigné par mon collègue et ami M. le médecin-major Goguet, qui m'a donné les renseignements suivants : du 26 août au 5 octobre, Aïssa a subi des alternatives de haut et de bas qui ont fait craindre souvent pour sa vie. Vers le 10 septembre, il eut une abondante expectoration purulente qui dura deux jours; à la suite de cette expectoration, un mieux sensible se manifesta. Le 20 septembre, indigestion avec symptômes de péritonite. Aïssa a mangé des dattes et des galettes arabes passées en cachette. Le ventre reste ballonné et douloureux plusieurs jours.

Diarrhée, vomissements, pouls petit et fréquent; froid des extrémités.

8 *octobre* (60e jour). — Je reprends le service le 8 octobre. L'état d'Aïssa s'est beaucoup amélioré, il se lève, se promène, mange une portion, boit quatre rations de lait. Naturellement très-maigre, il est revenu à l'état qu'il avait avant la blessure; la figure est gaie. Les fonctions, à l'exception de celles du poumon, s'exercent régulièrement. — T. 37°,6; P. 120 le soir.

En avant de la poitrine, la percussion, douloureuse, laisse constater la persistance de la sonorité exagérée, mais la respiration s'entend jusqu'au mamelon; quelques râles muqueux. En arrière, au sommet, respiration avec râles muqueux. Absence du bruit respiratoire dans la moitié inférieure, chevrotement de la voix à la partie moyenne, matité jusqu'à l'omoplate. Le cœur a repris sa position, ses bruits sont normaux. Aïssa veut sortir de l'hôpital.

12 *octobre* (64e jour). — Etat général s'améliorant : le malade, pressé par ses amis, inquiet de ses intérêts, veut rentrer chez lui malgré mes observations.

14 *octobre*. — Je dois signer l'exeat d'Aïssa, qui ne veut plus rester dans nos salles; il déclare qu'il guérira seul en reprenant ses occupations, pour lesquelles il se sent assez fort. Je constate l'état suivant à sa sortie : dans la région des cicatrices, aucune douleur ni dans le foie à droite, ni dans la région abdominale. Les sclérotiques sont blanches. Les selles régulières, l'appétit assez bon. Pour la poitrine, en avant et à gauche, sonorité et respiration normales jusqu'au mamelon et en dehors de la ligne axillaire.

Matité et bruits du cœur absolument normaux. La partie inférieure du thorax permet de délimiter une sonorité stomacale variable. En arrière, matité absolue depuis la pointe de l'omoplate jusqu'à la base. Quelques râles muqueux à l'inspiration. Ni égophonie, ni chevrotement de la voix.

6 *novembre* (3 mois après l'accident). — J'ai revu Aïssa chez lui, il s'occupe à son commerce de nattes, mange et se trouve assez bien. Il ne veut pas rentrer à l'hôpital, bien qu'il ne soit pas guéri, car j'ai constaté la même matité postérieure de la poitrine.

Il crache peu, et les crachats sont spumeux, non purulents ni colorés. Mais il a la fièvre le soir; cependant l'état général n'est pas alarmant, et Aïssa cherche ses balles qu'il ne sent pas à la partie postérieure, où aucune rougeur ne les annonce. La présence de deux Arabes, lisant les versets du Coran, m'a fait comprendre que mon intervention serait désormais inutile.

20 *novembre*. — Aïssa a passé chez lui près d'un mois; il rentre à l'hôpital le 20 novembre. Dans cette période, il a eu constamment de la fièvre le soir et quelquefois des frissons. Il présente aujourd'hui une matité complète dans toute la partie postérieure et inférieure de la poitrine.

Le bruit respiratoire ne s'étend pas dans cette région; ni souffle, ni râles, silence absolu.

En avant, résonnance normale, respiration un peu obscure, mais très-perceptible.

Les limites et les bruits du cœur sont à l'état normal.

L'abdomen, la région épigastrique, le foie, sont douloureux. La température, à certains moments, descend au-dessous de la normale, 35°,6; le pouls est petit et fréquent; une sueur visqueuse couvre de temps en temps le front, — diarrhée profuse, — frissons, — vomissements. La matité hépatique est augmentée dans tous les sens : le diagnostic porté fut épanchement pleurétique et abcès du foie avec un doute sur l'origine du foyer purulent.

25 *novembre*. — Aïssa meurt avec les symptômes d'une péritonite (108 jours après avoir reçu le coup de pistolet).

Autopsie. — En renversant la paroi abdominale pour retrouver le passage des deux projectiles près de l'appendice xyphoïde, nous voyons que l'un d'eux, celui de gauche, a brisé le cartilage costal en se dirigeant vers le cœur; l'autre n'a pas laissé de cicatrice visible.

La cavité de l'abdomen contient un liquide séro-purulent qui s'écoule en assez grande quantité : tout le péritoine est couvert de fausses membranes jaunâtres; le foie et l'estomac sont revêtus de ce même exsudat purulent. Nous examinons attentivement la position des organes pour retrouver le trajet des projectiles.

La face convexe du foie s'étend à gauche jusqu'au bord de la rate; elle descend jusqu'au côlon transverse qu'elle recouvre, laissant à peine visible le bord inférieur et gauche de la grande courbure de l'estomac. Ce dernier est donc à peu près caché sous le lobe gauche qui s'avance bien au delà de l'appendice xyphoïde. Malgré la plus grande attention, nous ne trouvons plus dans l'addomen aucune trace du passage des projectiles. Sur l'estomac, près de la grande courbure, nous apercevons cependant *un petit point noir circulaire* de 4 millimètres de diamètre. Disons de suite que ce point déprimé correspond à une *cicatrice froncée de la muqueuse* : mais nous ne voyons qu'une seule ouverture d'entrée.

En rejetant avec précaution l'estomac sur le côté droit, à sa face postérieure, au-dessus du pancréas et sur l'aorte, nous sentons un petit projectile enkysté dans du tissu cellulaire. C'est en effet une balle ronde de 9 millimètres de diamètre.

Ainsi cette balle se trouve logée derrière l'estomac; et si on réunit par une ligne l'ouverture d'entrée et sa place actuelle, il faut traverser le foie dans toute l'épaisseur du lobe gauche, puis les deux parois stomacales, et cependant nous ne retrouvons qu'une seule cicatrice apparente à la paroi antérieure de l'estomac.

Le sternum renversé sur la poitrine, nous ne constatons rien sur la face antérieure des organes thoraciques. Le péricarde ne contient pas de liquide, mais en plusieurs points les deux feuillets sont adhérents.

Sur plusieurs parties de sa surface, le cœur a un aspect villeux, finement tomenteux, rouge. A la face postérieure du péricarde apparaît une ouverture ovalaire, à l'emporte-pièce, à peine garnie d'une légère toile exsudative ; puis, en regard de cette ouverture, longue de 1 centimètre, large de 4 millimètres, commence à la pointe du cœur *un sillon qui*, creusé dans la substance musculaire de l'organe, *parcourt tout le ventricule gauche de bas en haut et de droite à gauche.*

Le sillon, large de 7 à 8 millimètres, à bords mousses, faciles à sentir sous le doigt, est entièrement cicatrisé et recouvert d'une séreuse à villosités, à bourgeons minces, analogue à celle du péricarde.

Le projectile qui a tracé cette gouttière a coupé des branches importantes de l'artère coronaire.

Le doigt, introduit par l'oreillette dans le ventricule gauche, reconnaît très-bien cette perte de substance qui n'établit néanmoins aucune communication de la cavité avec la péricarde.

La balle continuant son trajet est allée se loger dans le poumon gauche. Cependant toute la partie antérieure de ce poumon, crépite aujourd'hui, est perméable, fonctionne, en un mot. Dans cette région il n'y a plus le moindre noyau pneumonique.

Au niveau des points où nous avons pratiqué les ponctions existent des adhérences très-solides, mais toute la partie postérieure de la poitrine forme une cavité limitée en bas par le diaphragme, en arrière par les côtes et la plèvre, en avant par le poumon, cavité contenant au moins 800 grammes d'un pus gélatineux; en épaisseur, cette loge, parfaitement close, n'occupait pas plus du quart de diamètre antéro-postérieur de la cavité ; en hauteur, elle atteignait le quart supérieur. Nous avons cherché si le projectile ne serait pas tombé dans le sinus inférieur, et, en effet, nous avons retrouvé au fond de la plèvre un lingot de plomb de 8 millimètres de diamètre sur 12 de haut.

C'est celui qui avait labouré la face postérieure du cœur. La face supérieure du diaphragme était épaissie, indurée, anfractueuse, et le pus semblait fuser vers le pilier gauche du muscle.

Le foie, pesant 1,540 grammes, était farci d'abcès métastiques récents, du volume d'un pois à celui d'un œuf. Ils étaient çà et là en voie de formation avec leur auréole injectée.

La rate était énorme et notablement ramollie.

Les reins étaient de volume normal, mais très-congestionnés.

Examen histologique de la cicatrice de l'estomac. — Le point noir circulaire de 4 millimètres de diamètre trouvé à la grande courbure de l'estomac ayant été séparé de l'organe, puis traité par l'alcool pur, la gomme et l'alcool, nous avons pu examiner les coupes de cette partie et constater sa nature réellement cicatricielle.

Les examens de ce genre étant assez rares, nous pensons pouvoir les rapporter en détail.

Sur des sections comprenant toute l'épaisseur de l'estomac et portant un peu au delà de la cicatrice, on remarquait en allant de la surface péritonéale à la muqueuse les dispositions suivantes, après coloration au picre-carminate : sur toute la longueur du point noir, le péritoine manque ; ce filet, riche en fibrilles élastiques, vivement coloré en rose par le réactif, fait absolument défaut, et à sa place nous rencontrons immédiatement un tissu cicatriciel, conjonctif, d'une structure spéciale. De même à ce niveau, et dans toute l'épaisseur de l'estomac, manquaient aussi les gros trousseaux de fibres musculaires latéraux coupés, les uns transversalement, les autres suivant leur longueur, ailleurs suivant des angles différents. Ils sont remplacés par le tissu de cicatrice. Enfin, près des glandes, nous constatons l'absence sur une assez grande surface des fibres musculaires lisses qui sous-tendaient la couche muqueuse: là encore, un tissu nouveau de cicatrice, moins avancé néanmoins dans son évolution que dans les couches les plus externes, ou supérieures, a remplacé la petite couche musculaire muqueuse.

A la surface même des glandes tubuleuses de l'estomac, existe une large lacune, remplie par des débris de glandes, et çà et là même absolument fibreuse.

Telle est, à un faible grossissement (1/32), ce qui résulte de l'examen de cette cicatrice. Cet examen démontre qu'il y a bien eu destruction complète de la paroi stomacale par la balle de pistolet.

Mais il existe dans cette cicatrice, vue à un plus fort grossissement, d'autres détails intéressants. Immédiatement à la face externe, au niveau de la lacune péritonéale, le tissu cicatriciel est mélangé d'un certain nombre de fibres musculaires groupés en tout petits faisceaux : au milieu d'elles, se trouvent d'autres fibrilles absolument réfringentes et non colorées sur les préparations fraîches ; elles présentent une espèce de canal central, et se décomposent en fibrilles beaucoup plus fines ; quelques-unes émergent même de la cicatrice et font issue hors de la tunique, ayant leur extrémité libre. Elles mesurent de 15 à 20 μ en diamètre et 3 dixièmes de millimètre en longueur. Ce sont simplement des

fibrilles de coton entraînées par la balle qui a traversé la chemise de notre Arabe et qui sont restées enclavées dans la cicatrice. Elles sont très-nombreuses dans toute cette partie interne, à laquelle elles donnent un aspect en désaccord avec toute organisation normale des tissus. Chaque fibrille de coton est entourée d'une petite zone de noyaux embryonnaires immédiatement appliqués sur ce petit corps étranger.

Au-dessous de la zone des brins de coton, commence le tissu conjonctif cicatriciel véritable. Il est complétement organisé en faisceaux réguliers, denses, et parcouru par un grand nombre de gros vaisseaux : artères et vessies. Presque tous ces vaisseaux sont en voie d'atrophie : ainsi, les artères n'offrent plus de tunique externe appréciable; celle-ci est confondue avec le tissu conjonctif voisin; il ne reste que la fibreuse interne élastique qui est épaissie, granuleuse. Enfin, le calibre du vaisseau est altéré par une masse embryonnaire composée de noyaux et de fibrilles; entre ce bouchon interne et la paroi fibreuse dégénérée, se montrent de rares globules sanguins. Les veines sont affaissées, irrégulières et de calibre comprimé.

Des îlots de vésicules graisseuses peu nombreuses, peu volumineuses, séparent les faisceaux conjonctifs. Toute cette région cicatricielle, jusqu'à la face externe, est fortement pigmentée par des reliquats d'anciennes hémorrhagies. Granulations ocre jaune, de petit volume, logées entre le faisceau du tissu fibreux, qui contribuaient à donner au point examiné sa coloration noire, visible à l'œil nu.

La couche musculaire sous-muqueuse n'existe plus au centre de la cicatrice. Néanmoins, çà et là, comme dans la couche musculaire supérieure, il est possible de reconnaître quelques fibrilles musculaires lissées disposées, soit en long, soit à noyaux excentriques, quand elles sont sectionnées perpendiculairement. A cette profondeur, nous retrouvons encore plusieurs fibrilles de coton, comme si les couches musculaires avaient retenu plus facilement ces petits corps étrangers. Autour d'elles, le tissu conjonctif est resté embryonnaire et forme des îlots très-distincts.

Les glandes tubuleuses de l'estomac, prises quelques heures après la mort, étaient assez conservées pour faire ressortir la différence des parties saines et de la cicatrice. Sur les côtés, les glandes sont belles, leur ouverture large offre des cellules cubiques, à contenu transparent, rangées régulièrement en calice; au-dessus, le mucus et ses globules teints en rouge ont conservé leur position après le dégommage des préparations. Entre les glandes, à la base, peu de tissu conjonctif. A mesure que nous nous rapprochons de la cicatrice, la hauteur de la rangée des tubes glan-

duleux diminue, le calice collecteur disparaît. Les glandes perdent ensuite toute disposition régulière, et finissent par être tout à fait absentes, sur une petite surface où le tissu conjonctif était en contact avec le suc gastrique.

L'altération des glandes et du tissu interstitiel était variable : c'est ainsi que certains tubes avaient acquis la disposition kystique, globulaire, à paroi interne, garnie d'un épithélium cubique; des portions de tube étaient restées isolées au milieu d'un tissu embryonnaire intestinal, de nouvelle formation; enfin quelques traînées épithéliales étaient comprises dans la profondeur même de la cicatrice. Ailleurs un énorme bourgeon embryonnaire venant des couches externes dissociait la base des glandes, non protégées par la couche muqueuse musculaire. Partout l'épithélium profond, quoique recueilli sur un cadavre, était bien conservé.

Remarques. — Immédiatement après l'accident, il fallut établir le diagnostic des lésions probables pour instituer le traitement. Etant donnée la position du malade, au moment où il reçut le coup de feu, la charge de l'arme, la grosseur et le nombre des projectiles, il était permis de penser à une lésion du foie dans son lobe gauche, à une perforation de l'estomac, du diaphragme et du poumon.

Des expériences répétées sur le cadavre avec la même arme, nous avaient montré que les projectiles passant en arrière du cœur perforaient le foie, l'estomac et les poumons, pour aller se loger dans la colonne vertébrale; et comme Aïssa ne se plaignait d'aucune douleur aux côtes, nous avions jugé les projectiles encastrés dans le corps des vertèbres.

L'autopsie démontra le contraire; la quantité de poudre avait été moins forte en réalité que celle indiquée par l'Arabe qui avait lui-même chargé le pistolet.

Quoi qu'il en soit, nous avions jugé nécessaires les lésions du foie et de l'estomac; celle de la poitrine était évidente; quant à celle du cœur, nous ne l'avions pas admise sans possibilité d'une mort immédiate.

Quels ont été les symptômes du côté des organes de l'abdomen? nuls. A peine un seul vomissement au début; aucune suppuration des 2 trajets dans les parois abdominales, réunion par première intention sous le pansement collodionné, sans la moindre menace de péritonite.

Nous avons signalé pendant quelques jours une teinte ictérique, puis tout a été terminé.

Le malade commençait à manger le 4e jour, sans éprouver d'accidents. Et il en a été ainsi jusqu'au 14 octobre, c'est-à-dire pendant plus de 2 mois.

L'état du foie, farci d'abcès métastatiques ne nous a pas permis de reconnaître les cicatrices de cet organe. Celle de l'estomac était petite, froncée à la muqueuse, et aurait facilement échappé à l'attention si on ne l'avait recherchée.

Dans les expériences que nous avons répétées sur le cadavre, les ouvertures produites par des balles de 8 millimètres étaient énormes. La fibreuse et la musculaire restaient béantes en donnant issue aux liquides intérieurs : sur le vivant, il n'en est pas ainsi, et il nous souvient d'avoir vu des plaies de ce genre où l'ouverture du projectile était représentée par un véritable bourgeon muqueux rouge, d'aspect charnu. C'est qu'en effet la tunique muqueuse de l'estomac fait alors immédiatement hernie entre les fibres musculaires qui l'étranglent à sa base et s'opposent d'emblée à la sortie des matières alimentaires.

C'est là le secret de cette guérison silencieuse. La muqueuse ne s'accole pas à elle-même, mais la constriction du cercle de l'ouverture sera suffisante jusqu'au bourgeonnement des tissus pour empêcher toute extravasation et la péritonite. C'est assurément ce qui a eu lieu chez notre malade, dont l'estomac perforé par une balle reprenait ses fonctions après 4 jours, et présentait une cicatrice parfaite.

La lésion la plus importante, celle que nous avons le moins soupçonnée, à cause de sa gravité ordinairement mortelle, c'est la blessure du cœur.

Le 2e projectile cylindrique a passé juste dans les insertions antérieures musculaires du diaphragme et a tracé, après ouverture du péricarde, un sillon profond dans tout le ventricule gauche. Or, notre attention avait été immédiatement attirée sur ce point : de suite, après l'accident, les battements étaient normaux, les bruits sont toujours restés réguliers, sans intermittence ; il n'y a eu aucune syncope. A peine avons-nous retrouvé quelques râles muqueux, isochrones aux pulsations; quelques frottements à la pointe, phénomènes passagers qui, en l'absence de tout bruit stable, ne nous ont point indiqué la péricardite, ni la grave blessure du cœur retrouvée à l'autopsie.

L'affection thoracique, reconnue pendant la vie, et bien améliorée par les différentes fonctions qui avaient évacué le liquide sanguin purulent, se serait terminée favorablement si Aïssa était resté à l'hôpital. Nous aurions probablement, en suivant journellement le malade, été amené à ouvrir la poitrine, à installer des lavages et l'infection purulente à laquelle a succombé Aïssa eût été évitée ; car il faut bien le reconnaître, ce malade n'est pas mort du fait des lésions les plus menaçantes, le foie, l'estomac, le péritoine, au début n'ont donné aucun signe de réaction. Le péricarde, le cœur

lui-même étaient guéris, et de tous côtés, à l'exception de la poitrine, le danger était éloigné. Le séjour du pus dans la plèvre a causé l'infection purulente, les abcès métastatiques du foie et la péritonite mortelle. Or, cette affection thoracique dans des circonstances autres que celle où s'était impérieusement placé le malade, pouvait guérir. Il en résulte donc pour les blessures primitives que nous avons décrites une innocuité remarquable et nous ne pouvons l'attribuer qu'à la petite dimension des projectiles.

C'est grâce au petit calibre du projectile de l'abdomen que le trajet dans les parois musculaires n'a pas suppuré; que le foie a pu être traversé sans qu'on sache même retrouver la cicatrice du trajet, que l'estomac n'a plus présenté qu'une petite dépression cicatricielle et qu'enfin le projectile a pu séjourner jusque sur l'aorte abdominale.

La 2e balle était cylindrique : mais elle n'a pas basculé; elle a produit des lésions analogues à celle d'une balle ronde de 9 millimètres. C'est grâce à ce petit diamètre que les insertions diaphragmatiques traversées se sont rapprochées, que le péricarde s'est obturé, que le cœur lui-même a supporté sans réagir une perte de substance assez considérable, et s'est cicatrisé.

II

Au nom de M. Sarazin, M. le Secrétaire général donne lecture de l'observation suivante :

Calculs vésicaux, vessie bilobée, deux opérations de taille en un an chez un homme qui a subi antérieurement trois opérations de lithotritie. — Guérison.

M. B... de Saint-Léger (Nièvre), est un homme de 60 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution qui a bien résisté à de sérieux accidents pathologiques. Ses 2 frères sont morts de la pierre : l'aîné, médecin à la Charité, après avoir subi la lithotritie perinéale par Dolbeau ; le cadet, sans avoir été opéré. M. B... a eu plusieurs coliques néphrétiques en 1871 et 1872 ; il a rendu quelques graviers de petites dimensions à Contrexeville où il est allé en 1872, et chez lui pendant l'hiver de 1872 à 1873. En 1874, présentant tous les signes d'un calcul vésical, il se rendit à Paris, se confia aux soins de Dolbeau, subit la lithotritie, et revint chez lui, au bout de 6 semaines, ayant beaucoup souffert et souffrant beaucoup. Les accidents vésicaux persistant sans amélioration notable, il retourna à Paris en 1875 et y subit une nouvelle série de lithotrities. L'hiver de 1875 à 1876 se passa assez bien, mais dès le début du printemps, les accidents de la pierre revenant avec intensité, M. B..., alla pour la troisième fois se soumettre au lithotriteur de Dolbeau.

Il y serait retourné en 1877, avec une fidélité digne d'un meilleur sort, sans la mort de son chirurgien.

Il vint à Bourges : je constatai facilement la présence d'une pierre ou tout au moins d'un gros fragment dans le voisinage du col, et me fondant sur l'insuccès réitéré de la lithotritie et sur la dureté des fragments anguleux qui m'étaient présentés, je proposai à M. B... de le tailler. Il accepta et il fut convenu que j'irais l'opérer chez lui.

L'opération fut faite le 6 juin 1877, avec l'aide des Drs Raillard et Mathieu de la Charité, du Dr Boucher de Sancergues et de son fils étudiant en médecine.

La présence de la pierre dans la vessie étant constatée par tous les assistants, le malade fut soumis au chloroforme, les pieds fixés dans les mains par mes appareils bouclés, et les cuisses fléchies sur l'abdomen et maintenues parallèles par 2 aides. Suivant en tous points mon procédé qui m'a déjà donné 17 succès sur 19 opérations, 2 coups de bistouri conduisent mon lithrotome double dans la vessie ; il est retiré ouvert à 4 centimètres 1/2 et remplacé successivement par le doigt, le gorgeret et les tenettes droites.

Longtemps les tenettes cherchent le calcul sans le rencontrer. J'ai beau les incliner dans tous les sens, les pousser très-loin, ou les ramener vers le col, rien..... Soupçonnant que le calcul est logé derrière la prostate, et abrité par elle, je remplace les tenettes droites par des tenettes courbes ; ces dernières ouvertes transversalement sont ramenées vers le col, le bec dirigé vers le bas-fond, le manche fortement relevé... rien.... J'introduis dans la vessie la curette, le bouton conducteur : rien... Une bougie d'étain à petite courbure conduite par la plaie dans la vessie arrive enfin à toucher le calcul; elle sert de conducteur aux tenettes droites qui réussissent à le saisir, *pas loin du col ;* c'est tout ce que je puis dire de positif sur son siége. Il me semble encore à l'heure qu'il est que 20 fois je l'avais cherché, sans le trouver, à l'endroit même où je l'ai enfin saisi.

Le calcul se brise dans les tenettes au moment où il franchit le col vésical. Les quelques fragments restés dans la plaie et reconnus avec le doigt sont extraits avec une pince à pansements. Les tenettes et la curette portées dans la vessie ramènent encore quelques fragments. Des injections à grande eau sont faites dans la vessie ; le tamponnement est pratiqué au moyen de la canule à chemise et le malade reporté à son lit.

L'opération avait duré près d'une heure au lieu des 5 ou 6 minutes qu'il me faut d'habitude.

Ce n'est pas sans raison, comme nous le verrons plus loin, que j'ai insisté sur la longueur et la multiplicité des recherches et des manœuvres intra-vésicales. Elles avaient absorbé à elles seules une cinquantaine de minutes.

A la suite de l'opération, les douleurs sont très-vives; le malade est très-abattu, son facies est inquiétant, les extrémités sont froides. Petit à petit le pouls se relève, la chaleur revient aux extrémités et une injection de 2 centigrammes de morphine amène un peu de calme et de somnolence.

9 *juin.* — Je revois le malade 3 jours après l'opération. La fièvre est

modérée, mais il se plaint de beaucoup souffrir. Les injections de morphine amènent seules un peu de calme et de sommeil. L'urine qui coule par la plaie a une odeur très-forte. J'enlève la canule à chemise. Le périnée et les bords de la plaie sont assez souples. Je prescris au malade un peu de quinine et d'acide benzoïque, de l'eau de lin comme boisson, une alimentation légère; on continuera les injections de morphine.

18 *juin.* — L'état s'est petit à petit un peu amélioré. On me montre quelques petits fragments que le malade, qui peut garder son urine une heure environ, a rendus par la plaie. L'urine est muco-purulente, roussâtre, très-odorante, son émission s'accompagne encore d'un violent ténesme et d'un sentiment de brûlure qui se propage jusqu'au bout du gland et dure plusieurs minutes. La nuit, le malade dort dans l'intervalle des crises; son appétit s'est relevé. — On cherchera à diminuer le nombre des injections de morphine, régime plus substantiel, 1 litre 1/2 à 2 litres d'eau de Contrexeville en 24 heures.

20 *juillet.* — La plaie n'est pas encore cicatrisée, mais il n'en sort plus que quelques gouttes d'urine au moment de la miction. La cystite présente toujours la même intensité. Depuis 8 jours environ, la région hypogastrique et inguino-crurale, à gauche, sont le siége d'un empâtement profond et douloureux; la fièvre a reparu; l'appétit s'est perdu. Malgré l'absence de fluctuation, l'évidence d'un phlegmon pelvien déjà en voie de suppuration, me laisse assez perplexe. Sur les instances du malade je renonce à intervenir immédiatement. Le flanc gauche sera couvert de cataplasmes, et le Dr Raillard qui voit le malade tous les 2 jours, incisera l'abcès dès que la fluctuation sera manifeste.

27 *juillet.* — J'apprends par une lettre de mon confrère, que l'abcès a été ouvert le 26, un peu au-dessus et en dehors de l'épine pubienne. Un flot de pus phlegmoneux s'écoula par l'incision. La suppuration, très-abondante pendant quelques jours, diminua assez rapidement. Au bout de 3 semaines, l'abcès était cicatrisé sans avoir à aucun moment donné issue à de l'urine.

A quoi devons-nous rattacher cet abcès? Nous avons supposé un phlegmon péri-vésical se développant sous le péritoine au voisinage du col sous l'influence de la cystite.

A la fin de juillet, la plaie périnéale était cicatrisée.

La cystite persiste avec des alternatives de mieux et d'aggravation pendant les mois d'août, de septembre et d'octobre. En novembre le malade vint à Bourges dans un état relativement satisfaisant, supportant assez bien la voiture et le chemin de fer. Il y a encore un certain degré de cystite.

En mars, un fragment assez volumineux s'arrête dans la fosse naviculaire et nécessite l'intervention du Dr Raillard.

Le 2 juin, M. B.... vient à Bourges; il m'annonce que sa pierre est revenue, et en effet je constate avec une petite bougie d'étain, la présence d'un calcul dans la vessie. Il est situé à droite et assez facilement accessible.

Persuadé que j'ai affaire à un fragment qui s'est encroûté de phos-

phate de chaux, j'explique à M. B..., qu'il me sera facile de broyer cette petite pierre avec un lithotriteur, et qu'en 1 ou 2 séances il sera débarrassé. M. B... se fixe dans un hôtel à Bourges, et le 4 au matin je vais pour l'opérer.

Le malade est couché, le bassin fortement soulevé ; il est soumis au chloroforme sur sa demande; j'introduis sans difficulté un petit lithotriteur dans la vessie, et je saisis bientôt entre ses mors, un calcul qui mesure plus de 4 centimètres de diamètre, et qui après avoir résisté un moment à la pression de mon écrou brisé, échappe à l'instrument que je retire immédiatement de la vessie. Mon lithotriteur n'était pas de taille en effet à poursuivre le morcellement d'un pareil calcul; d'un autre côté je n'étais pas décidé dans les circonstances actuelles à m'adresser à la lithotritie. Un cas aussi imprévu demandait réflexion; je voulais aussi prévenir le malade.

Cette intervention chirurgicale fut suivie d'une recrudescence de cystite qui mit quelques jours à se calmer. M. B..., au fait de sa situation, rejeta la lithotritie d'une façon absolue et demanda à être taillé. L'opération fut pratiquée le 12 juin.

La cicatrice périnéale relativement récente n'amena aucune difficulté, la vessie fut facilement et rapidement ouverte. Me rappelant les longues et laborieuses recherches de l'année précédente, je glisse d'abord sur le gorgeret mon cathéter à petite courbure; je reconnais, à droite, la présence du calcul, et conduisant les tenettes qui remplacent le gorgeret sur le cathéter, j'arrive sur le calcul et je le saisis sans difficulté.

Au moment de franchir le col qui a été incisé à 4 centimètres 1/2, je sens de la résistance. Lâchant les tenettes d'une main et soutenant de l'autre l'abaissement du calcul, l'index droit est porté dans la plaie pour reconnaître la nature de l'obstacle, modifier s'il y a lieu la présentation du calcul et au besoin guider le débridement multiple. Je reconnais alors que j'ai saisi en même temps que le calcul, une membrane épaisse, un véritable septum vésical; toute traction exercée sur la tenette lui communique une tension correspondante ; elle est située à gauche du calcul, l'index peut la suivre au-dessus et au-dessous de la tenette, elle forme une cloison à peu près antéro-postérieure. Je ne trouve rien à droite.

Je lâche le calcul bien à regret, me demandant s'il me sera facile de le retrouver; je porte les mors de mes tenettes d'abord en haut, puis à droite pour franchir l'obstacle que j'ai reconnu, je lâche le calcul, je le saisis et j'en opère l'extraction.

La vessie largement irriguée d'eau froide, le tamponnement de la plaie est pratiqué et le malade reporté à son lit. L'opération, sans le pansement, a duré 12 minutes.

Le calcul extrait a 0,049^{mm} de long. 0,037^{mm} de large, 0,024^{mm} d'épaisseur, il a la forme d'une savonnette irrégulièrement mamelonné ; sous une couche d'un gris jaunâtre assez mince qui l'encroûte, on reconnaît son noyau brun rouge d'acide urique. On voit sur sa surface les marques assez fraîches de mon lithotriteur, celles des tenettes, et en

plusieurs endroits des dépressions légères recouvertes de la croûte phosphatique, correspondant très-bien à la forme et aux dimensions des mors d'un lithotriteur, sont pour moi les traces laissées sur le calcul par le lithotriteur de Dolbeau. Le poids de cette pierre avant dessiccation est de 59 grammes.

Les suites de l'opération ne présentent pas grand intérêt et je me contenterai de les résumer en quelques mots. La cystite augmenta sans mettre la vie du malade en danger. Elle s'améliora lentement. La fièvre ne fut pas forte, mais tenace; les douleurs furent très-modérées; la plaie resta pendant 15 jours ulcéreuse, pultacée, sensible au passage de l'urine, sans tendance vers la cicatrisation qui marcha ensuite lentement mais régulièrement. Au commencement de juillet seulement l'urine recommença à passer par le canal; le 26 juillet elle cessa de passer par la plaie. M. B..., impatient de rentrer chez lui, quitta Bourges le 29. A ce moment, la plaie périnéale n'est pas encore complètement cicatrisée, mais la miction, qui n'est plus douloureuse, se fait toute entière par le canal; elle est encore assez fréquente et l'urine un peu trouble au moment de l'émission, forme dans le vase un léger dépôt muco-purulent. Le malade est un peu affaibli, mais en me quittant il me dit : « Cette fois, cher docteur, je suis bien guéri. »

M. B... m'a envoyé de mois en mois de ses nouvelles; rien n'est venu jusqu'ici compromettre une guérison si chèrement payée, mais de temps en temps la cystite reparaît un peu et les urines deviennent louches pendant quelques jours. M. B... affirme de plus en plus sa guérison.

Cette double opération m'a semblé présenter quelque intérêt au point de vue du parallèle à établir entre la taille et la lithotritie et au point de vue des difficultés que l'on peut rencontrer dans la recherche des calculs vésicaux, alors même que la vessie a été ouverte par la taille.

Ne semble-t-il pas évident que si, au lieu de m'adresser à la taille, j'avais eu recours à la lithotritie, j'aurais rencontré la première comme la seconde fois le même insuccès que Dolbeau? Pourquoi l'auteur de la lithotritie périnéale a-t-il chez M. B... renoncé à sa méthode favorite? Pourquoi trois fois de suite a-t-il fait la lithotritie proprement dite? Ce n'est pas à cause de la facilité de l'opération chez ce malade, car j'ai appris depuis que les séances étaient assez longues, très-douloureuses, suivies d'écoulement de sang assez considérable par l'urèthre, et que bien souvent le chirurgien n'avait pas pu saisir le calcul sans pouvoir en indiquer la raison. Le premier calcul que j'ai extrait et qui s'est brisé en plusieurs gros fragments dans mes tenettes, m'a semblé avoir été largement entamé par la lithotritie. Ses débris, réunis aussi exactement que possible, pesaient 27 grammes et portaient par places des traces assez nettes de lithotriteurs; ils ressemblaient très-exactement comme aspect et comme consistance à ceux que le malade avait rendus à Paris.

On peut me reprocher, ayant ouvert la vessie par la taille en 1877, de ne pas avoir su en extraire le calcul que j'y ai trouvé en 1878, et qui bien certainement y séjournait déjà depuis plusieurs années. Je ne

l'ai pas rencontré, et j'étais bien loin de soupçonner sa présence, ayant fait des recherches très-prolongées et longtemps infructueuses. C'était la première fois que la recherche d'un calcul me présentait d'aussi sérieuses difficultés, et la première opération terminée, j'aurais affirmé que je n'avais pas laissé un seul point de la vessie inexploré.

La présence d'une cloison au moins, dans la vessie, me semble assez bien démontrée dans le cas de M. B... Je ne saurais m'expliquer autrement ce sceptum membraneux que j'avais saisi en même temps que le calcul, lors de la seconde opération, et que j'ai touché du doigt, grâce à l'abaissement produit par la traction que j'exerçais. Une autre raison qui milite en faveur de cette opinion, c'est l'absence de facettes du frottement sur le calcul enlevé le dernier. S'il n'avait pas été contenu dans une loge à part, cette facette n'aurait pas manqué. Enfin, y a-t-il plus de deux loges dans cette vessie? je serais porté à l'admettre : ainsi s'expliquerait facilement la longueur de mes recherches infructueuses lors de la première opération et les difficultés qu'a rencontrées Dolbeau dans ses opérations de lithotritie. Quand nous ne trouvions rien, nous étions, lui et moi, dans une loge où il n'y avait rien.

10 *décembre*.—Le malade sort de chez moi. Il se considère cette fois comme absolument et radicalement guéri. Jamais, dit-il, il ne s'est mieux porté. Toute trace de cystite a disparu, la miction se fait normalement.

Présentation de pièce.

M. Tillaux présente le membre inférieur d'un jeune garçon amputé de la cuisse pour une ostéomyélite.

Ce jeune homme, quelques jours avant son entrée, avait été maltraité par ses camarades qui lui avaient jeté un marteau sur la malléole externe. Malgré des incisions profondes, le mal s'aggrava, l'articulation tibiotarsienne, le genou se prirent et il fut nécessaire de recourir à l'amputation de la cuisse.

Le tibia était rempli de pus, mais, chose importante à noter, les épiphyses étaient peu malades; le point de départ n'avait donc point été épiphysaire.

Présentations d'instruments.

M. Guyon présente au nom de M. Collin trois instruments destinés à l'extraction des corps étrangers de la vessie.

Le premier, qui a la forme d'un lithotriteur, est destiné à la recherche; au moyen d'un ressort de montre placé dans le corps de l'instrument, un bruit semblable à une sonnerie électrique se fait entendre quand les deux branches saisissent un corps quelconque.

Le second, destiné à l'extraction, permet, grâce à un petit refouloir, de diriger le corps étranger jusqu'à l'extrémité de l'instrument et de l'empêcher de faire saillie du côté du talon.

Le troisième, construit pour extraire les corps étrangers de la vessie chez la femme, a pour avantage de permettre de le saisir toujours dans son axe.

M. Farabeuf donne lecture, au nom de la commission chargée de l'examen des travaux envoyés pour le prix Laborie, du rapport suivant.

Rapport sur le prix Laborie.

Je viens vous faire connaître le rapport délibéré par la commission composée de MM. Verneuil, Giraud-Teulon, Tillaux, Terrier et Farabeuf, et chargée d'examiner les deux mémoires qui ont été envoyés à la Société pour le prix Laborie.

L'un de ces mémoires porte sur un sujet précis et bien limité : la *pneumocèle traumatique*. C'est un travail assez bien composé, qui se lit facilement et dont l'auteur tire de sages conclusions d'observations malheureusement peu nombreuses et déjà connues. Une seule lui serait personnelle s'il n'avait omis à dessein de la publier de peur de se faire connaître. Nous ne devons pas trop regretter cette lacune, car vraisemblablement l'auteur a dit tout ce qu'il avait à dire de son blessé observé tardivement en faisant connaître le traitement employé et ses résultats.

Les conclusions de ce travail son étayées sur 15 observations, dont la plupart manquent des détails indispensables, ce qui n'est pas la faute de l'auteur. Mais toutes sont empruntées à des auteurs ou compilateurs français. C'est dire que la littérature chirurgicale étrangère moderne n'a pas été mise à contribution ; car, il n'est pas admissible que l'ayant été elle n'ait rien fourni.

Les expériences sur les animaux auraient pu compenser en quelque sorte la rareté des cas de pneumocèle chez l'homme. L'auteur dit en avoir fait beaucoup et n'en parle guère autrement. C'est évidemment regrettable.

Néanmoins, ce travail est assez bien fait pour mériter que votre attention soit attirée sur quelques points.

La pneumocèle se produit toujours en avant et généralement du côté de gauche. Ce serait le bord libre et tranchant du poumon qui s'engagerait presque toujours dans la plaie thoracique, sous l'influence d'un effort expiratoire plus ou moins violent pendant lequel

la tension de l'air intra-pulmonaire est augmentée. Ce dernier point ne fait plus de doute.

Immédiatement après sa production, la hernie pulmonaire se présente avec des caractères qu'elle perdra bientôt. Le poumon a conservé sa couleur, sa souplesse d'édredon ; il crépite, se gonfle davantage si des expirations forcées et brusques se produisent ; s'affaisse quelquefois au contraire partiellement pendant l'inspiration. Des bruits aériens peuvent donc s'y faire entendre, mais l'auteur qui veut qu'on ausculte les pneumocèles pour y rechercher le murmure vésiculaire et qui décrit des symptômes d'auscultation comme si le stéthoscope avait été déjà mis en œuvre, l'auteur, dis-je, néglige d'exposer que l'air ne peut circuler dans une pneumocèle comme dans un poumon. Ainsi, il est évident que si la hernie pulmonaire récente peut recevoir de l'air, ce ne doit être que pendant l'expiration et, ajoutons-le, exceptionnellement.

Les symptômes de la lésion ont été étudiés avec soin ; et pourtant, pour arriver à cette conclusion, qu'il n'est pas toujours facile de distinguer une pneumocèle d'une épiplocèle.

L'auteur insiste beaucoup sur la bénignité relative du pronostic. Avec une large plaie thoracique, une complication étant pour ainsi dire inévitable, mieux vaut une pneumocèle qui exclut le pneumothorax, l'hémothorax et l'emphysème que l'une ou l'autre de ces dernières complications qui loin de s'exclure l'une l'autre se montrent si fréquemment réunies.

Déjà Guthrie, si je ne me trompe, avait fait remarquer l'utilité de laisser en place le bouchon d'une pneumocèle pour éviter les épanchements pleuraux.

D'après l'auteur, il ne faut pas réduire les hernies du poumon même récentes, non pas par crainte d'une inflammation qui pour lui n'est pas en rapport avec la durée de l'exposition de l'organe à l'air, mais parce qu'il semble démontré qu'il est de beaucoup préférable d'abandonner le poumon hernié dans la plaie, comme on y abandonne généralement l'épiploon. C'était déjà, M. Duplay vous l'a fait connaître, au commencement de cette année, la conclusion d'un travail de M. Cauvy de Béziers.

L'auteur du mémoire dont j'ai l'honnaur de vous entretenir propose donc : 1° d'attendre quelques jours sans toucher à la hernie (à moins qu'elle ne saigne) afin de donner le temps au pédicule de se souder à l'orifice ; 2° de lier ce pédicule, d'exciser l'excédant, de cautériser la surface de section et de panser avec des désinfectants jusqu'à la chute de l'eschare. C'est ainsi qu'il a soigné le blessé dont la guérison a été rapide et sans entraves.

Votre commission a remarqué dans ce travail un certain mérite et si vous pensez avec elle que le traitement de la pneumocèle qui

s'y trouve indiqué est rationnel et recommandable, vous voudrez sans doute, pour le sanctionnement de votre haute approbation, en récompenser l'auteur.

Le second mémoire est intitulé :

De l'ataxie locomotrice dans ses rapports avec le traumatisme.

L'auteur débute ainsi : « Nous nous sommes proposé de rechercher si le traumatisme pouvait engendrer l'ataxie ou quelqu'un de ses principaux symptômes; et réciproquement, si l'ataxie pouvait imprimer une marche particulière aux lésions traumatiques. »

Ces premières lignes vous indiquent qu'il va être question de pathologie générale chirurgicale, et votre rapporteur ne peut s'empêcher de constater avec l'auteur lui-même que l'idée première du mémoire soumis à votre jugement a dû être puisée dans les leçons du professeur Verneuil. Mais en pareille matière l'idée n'est pas tout, il faut des documents en grand nombre. L'auteur ne s'est pas fait faute de recourir à toutes les sources, peut-être même n'a-t-il pas su se borner et a-t-il rapporté avec une complaisance égale, quelques observations décisives et un grand nombre d'insignifiantes et d'équivoques. Mais quelle que soit la valeur des observations mises en œuvre et des conclusions qui en ont été tirées, il est bon de vous dire que ces observations ont été empruntées de première main aux mémoires originaux. Sous le rapport de l'exactitude bibliographique, notre auteur ne transige pas : en plus d'un point il nous en fournit la preuve. C'est un mérite.

Les documents utilisés sont rangés sous trois chefs de manière à élucider successivement : l'action des traumatismes sur la production et l'aggravation de l'ataxie et l'action de l'ataxie préétablie sur les traumatismes. Ce serait trop beau si l'auteur, qui évidemment a voulu faire un travail chirurgical, avait trouvé les moyens de remplir le cadre qu'il s'est tracé.

Malheureusement, à côte des faits chirurgicaux nous trouvons un trop grand nombre de faits médicaux, pour que nous ne puissions pas déclarer qu'évidemment l'auteur n'a pas trouvé les faits qu'il espérait rencontrer quand il a choisi son sujet. C'est ainsi que dans les observations destinées à montrer l'influence causale des traumatismes sur l'ataxie nous voyons une quantité de suppressions de sueurs des pieds, d'hémorrhoïdes et d'éruptions cutanées. Il y est donc question d'affections de toutes sortes qui produisent, on peut le dire, des ataxies de toute catégorie, la vraie et les fausses, des spasmes et des paralysies plus ou moins fugaces. L'auteur cependant ne confond pas ces choses dissemblables et termine honnêtement et modestement de la façon suivante son

premier chapitre : « Des traumatismes notés dans les antécédents des sujets ataxiques ont été dans certains cas de simples coïncidences; dans d'autres ils paraissent avoir déterminé ou si l'on veut avancé l'apparition de l'ataxie; dans d'autres encore, ils ont provoqué la localisation de l'ataxie sur certains organes ou dans certaines régions. »

Le second chapitre prêterait à des conclusions moins vagues et réduit à sa première partie aurait une tournure exclusivement chirurgicale. Il s'agit de traumatismes accidentels ou opératoires chez des ataxiques avérés. Et, pour une uréthrotomie et une fracture du péroné qui n'influencent en rien la marche de la maladie médullaire, nous voyons un bien plus grand nombre de traumatismes analogues donner un véritable coup de fouet à l'ataxie.

Mais après cette première partie nous retombons encore dans les rapports de l'ataxie avec diverses affections intercurrentes médicales : pleurésie, érysipèle, troubles menstruels, etc. L'auteur sent bien qu'il ne justifie pas complétement son titre et nous dit avec sincérité, parlant de l'aggravation de l'ataxie par les affections intercurrentes : « Que l'agent provocateur soit un traumatisme, une affection fébrile, une perturbation de certaines fonctions, de la peau ou d'un autre appareil, peu importe : le résultat est le même pour le locus minoris resistentiæ. »

De sorte que le vrai titre de son travail aurait pu être : De l'influence des irritations ou des perturbations périphériques internes ou externes sur l'ataxie.

Le troisième et dernier chapitre est consacré à l'influence de l'ataxie sur la marche des lésions traumatiques. Là, à côté de fractures qui se consolident fort vite, nous en voyons d'autres ainsi que des contusions qui se terminent par de vastes phlegmons et la mort. En résumé, et d'après l'auteur, il n'est pas établi qu'un traumatisme agissant loin de la colonne vertébrale ait jusqu'ici été la cause réelle de l'ataxie; mais, un tel traumatisme a pu maintes fois activer ou réveiller la marche de la sclérose des cordons postérieurs.

Messieurs, quand un chercheur aborde pour la première fois un sujet inexploré avant lui, il n'y a rien d'étonnant à ce que son travail soit passible de critiques et vous avez vu qu'elles n'ont pas été épargnées. Mais si ce travail est néanmoins une œuvre utile faite avec conscience, un premier aperçu d'une question obscure, une première collecte toujours difficile à faire de matériaux tout préparés pour les travailleurs à venir, nous pensons, Messieurs, qu'il y a lieu de le récompenser. Tel est justement le cas du mémoire dont vous venez d'entendre parler.

C'est pourquoi votre commission vous propose de partager le

prix Laborie et d'en remettre une moitié à chacun des auteurs des mémoires dont je viens d'avoir l'honneur de vous entretenir.

La Société se forme en conseil secret.

La séance est levée à 5 h. 3/4.

Le Secrétaire,
HORTELOUP.

Séance du 26 décembre 1878,

Présidence de M. GUYON.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journeaux périodiques de la semaine, le *Bulletin de l'Académie de médecine*, la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, la *Revue des sciences médicales*, *Histoire clinique d'un fibrome utérin de 150 grammes*, par le Dr Philippeaux, *Rapport sur un cas d'ostéo-périostite aiguë polyrégionale*, par le Dr de Beauvais ;

2° Les *Mémoires et Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, la *Revue médicale de Toulouse*, le *Bulletin médical du Nord*, le *Lyon médical*, la *Revue médicale de l'Est ;*

3° Le *Journal international des sciences médicales de Naples*, la *Gazette médicale de Turin*, la *Gazette Italienne-Lombarde, Centralblatt für Chirurgie, The British medical Journal.*

A propos du procès-verbal, M. TILLAUX donne lecture de l'observation de l'enfant dont il a présenté les pièces dans la séance précédente.

Périostite phlegmoneuse. — Ostéo-myélite aiguë diffuse du tibia chez un adolescent.

J'ai eu le bonheur de mettre sous vos yeux les pièces provenant d'un jeune garçon de 15 ans auquel j'ai pratiqué l'amputation de la cuisse gauche. Le tibia était dénudé sur presque toute son étendue ; un grand nombre d'ostéophytes était développé à la face profonde du périoste. Après avoir scié le tibia suivant sa longueur, on constate que le tissu compacte présente une teinte légèrement rosée. Quant au tissu spongieux, il est complétement infiltré de pus. La moelle

a presque disparu, surtout vers la partie moyenne du canal médullaire. Les épiphyses supérieures et inférieures du tibia sont elles-mêmes infiltrées de pus, mais on peut constater que les cartilages de conjugaison sont à peu près intacts et que l'incision des épiphyses à la diaphyse est intime.

L'articulation du genou était remplie de pus. Vous voyez que le cartilage d'encroûtement du tibia a disparu sur une certaine étendue. L'articulation tibio-tarsienne renfermait également du pus, et l'affection paraît plus avancée de ce côté, car les surfaces articulaires sont complétement dépouillées de leurs cartilages d'encroûtement.

Ces pièces proviennent d'un jeune garçon de 15 ans, apprenti mécanicien à Saint-Ouen. Le 3 octobre dernier, des camarades après l'avoir fortement effrayé en l'enfermant dans une cave, lui lancèrent dans les jambes un marteau qui atteignit la malléole externe gauche. Le coup n'empêcha cependant pas ce garçon de continuer son travail pendant 48 heures. Il est difficile de ne pas voir une certaine relation entre les mauvais traitements qu'a subi le blessé et son affection, mais il faut reconnaître l'existence d'une prédisposition, car la cause a été relativement légère.

Je vis le malade pour la première fois le 18 octobre avec mon confrère le Dr Thobois, de Saint-Ouen. L'enfant présentait une grande prostration, souffrait beaucoup, et je constatai l'existence d'un vaste abcès occupant la moitié inférieure et interne (le coup avait porté sur le côté externe) de la jambe gauche. L'abcès fut largement ouvert et je trouvai le tibia dénudé. Une amélioration notable succéda à cette incision, mais les accidents reparurent et l'enfant fut amené à Beaujon le 5 novembre. Un nouvel abcès survint à la moitié supérieure et externe de la jambe et fut largement ouvert le 10 novembre. Le tibia était à nu dans toute l'étendue du foyer. J'espérais pouvoir faire la résection de la totalité du tibia, ainsi que l'a pratiquée notre confrère M. Duplay dans un cas analogue, mais les articulations adjacentes, genou et cou-de-pied, furent envahies et l'amputation de la cuisse devint indispensable. Elle fut pratiquée le 15 novembre, le jeune garçon n'a pas encore repris complétement ses forces, mais il peut être considéré actuellement comme guéri.

Le malade a été atteint d'une ostéo-myélite aiguë et d'une périostite phlegmoneuse diffuse ainsi que le prouve l'examen des pièces. Mais l'une de ces deux affections a-t-elle été primitive, ou bien ne constituent-elles toutes deux qu'une seule et même maladie ? Il me semble impossible de se prononcer en s'en rapportant uniquement aux pièces anatomiques. Je ne puis toutefois accepter

que le point de départ ait été épiphysaire puisque les deux cartilages de conjugaison étaient la partie la moins altérée de l'os.

Je pense, avec M. Chassaignac, qu'il y a lieu de distinguer cliniquement l'ostéo-myélite et la périostite phlegmoneuse. Ce ne sont pas à mon avis deux degrés d'une même affection. Sans doute l'ostéo-myélite s'accompagne fatalement de décollement du périoste, de nécrose de l'os et de la production d'osthéophytes, mais la réciproque n'est pas vraie, c'est-à-dire qu'il existe des périostites phlegmoneuses diffuses sans ostéo-myélite.

M. Terrier. D'après les recherches de M. Ranvier, on sait qu'il est difficile que le périoste puisse se prendre seul sans que la moelle ne soit envahie ; aussi a-t-on bien fait de considérer ces deux lésions comme une seule lésion pouvant prendre naissance dans deux points différents : la région sous-périostée et la moelle.

M. Tillaux a fait remarquer avec raison que le phlegmon sous-périosté naît le plus souvent au niveau des cartilages épiphysaires, cela tient à l'activité plus grande de la nutrition en ce point.

M. Marjolin. Je crois qu'il faut faire une distinction bien nette entre les affections périostiques de la portion épiphysaire.

Si l'inflammation de la moelle était aussi fréquente qu'on semble vouloir l'admettre, l'amputation serait très-fréquente. J'ai vu souvent des périostites superficielles avec nécrose de l'os. Ces affections sont la cause fréquente d'erreur de diagnostic : on croit souvent au début à du rhumatisme et si on ne débride pas, il y a souvent des foyers purulents dont le pronostic est très-grave.

Quant à l'ostéo-périostite avec suppuration médullaire, c'est beaucoup plus grave.

L'étiologie de la périostite est très-obscure, on rencontre souvent cette affection chez des enfants surmenés ; mais il faut mettre une certaine prudence à admettre comme étiologie le traumatisme, car cela entraînerait une grande responsabilité.

M. de Beauvais, médecin de Mazas, fut consulté pour un jeune apprenti atteint de coxalgie, dont la cause tenait manifestement à ce que cet enfant avait été obligé par son patron de nettoyer un bouilleur encore chaud. La position très-gênante que l'enfant avait été obligé de garder très-longtemps avait eu vers les os un retentissement qui avait produit la coxalgie. — Le rapport très-net et très-positif a entraîné la condamnation du patron.

Il ne faut donc admettre le traumatisme qu'avec une certaine réserve.

Je me résume en disant que vers l'âge de 12 ans, il y a chez les enfants deux affections osseuses bien distinctes ; une suppuration

superficielle sous le périoste, et une seconde où l'inflammation envahit la moelle, l'ostéo-périostite.

M. Desprès. En examinant la pièce présentée par M. Tillaux, j'ai été frappé de la présence d'ostéophytes qui indiquent une affection ancienne.

Or, les lésions médullaires paraissaient récentes; il y a donc eu très-probablement une périostite et une ostéo-myélite consécutive.

Pour moi, je pense que l'ostéo-myélite de l'enfance débute par le cartilage épiphysaire, à la suite de fatigue ou de fièvre typhoïde.

On voit alors se former des abcès aux extrémités des os, abcès décrits par M. Gosselin ; mais pour les cas dont parle M. Marjolin, périostites superficielles, en dehors des points normaux, il faut admettre comme principale origine un traumatisme.

M. Blot. Je voudrais poser une question à mes collègues ; je viens d'entendre surtout dire que l'ostéo-myélite arrivait vers l'adolescence.

Or, j'ai observé, il y a peu de temps, un enfant de 12 jours chez lequel survint, sans cause appréciable, un gonflement d'une extrémité osseuse. MM. Bergeron et Lannelongue, n'hésitèrent pas à diagnostiquer une ostéo-myélite. Malgré une large incision, l'enfant fut enlevé en quelques jours.

Je serais heureux de savoir si nos collègues ont vu souvent se développer à cet âge de semblables affections.

M. Panas. On connaît quelques exemples d'ostéo-myélite chez les nouveau-nés, mais il faut toujours penser à la syphilis, car les travaux de M. Parrot ont bien mis en lumière l'influence de la syphilis.

J'ai examiné avec soin les pièces présentées par M. Tillaux ; quoique ces pièces aient macéré longtemps dans l'alcool, je serais très-disposé à admettre que le point de départ a été l'épiphyse et que la diaphyse n'a été prise que secondairement. La raison qui me fait admettre cette étiologie, c'est que l'os m'a paru surtout infiltré depuis sa partie supérieure.

Si, à l'état frais, on a vu une lésion de l'os tout entier, c'est différent, mais l'examen de la pièce macérée ferait plutôt admettre un point de départ limité à l'épiphyse.

M. Perrin. Je regrette de ne pouvoir partager l'opinion de M. Panas, car je n'hésite pas à considérer cette pièce comme une périostite diffuse ayant envahi de dehors en dedans l'os et la moelle.

M. Desprès nous a dit qu'il y avait souvent dans les ostéo-myélites de la diaphyse, traumatisme et hématome. Je ne sais si cela est exact, car j'ai rarement vu signaler ce traumatisme.

Pour moi, je considère que ces troubles nutritifs tiennent à la constitution qui peut seule donner et expliquer la marche et le développement.

M. Guéniot. Je mets sous les yeux de la Société des pièces relatives à un cas d'ostéite suppurée des extrémités diaphysaires des os d'un nouveau-né. Je donnerai, dans la prochaine séance, des détails cliniques et anatomiques afférents à cette présentation.

Élections.

Nomination du Président. — 25 votants.

M. Tarnier obtient 23 voix. — En conséquence, M. Tarnier est proclamé Président, pour l'année 1879.

Nomination du Vice-Président. — 25 votants.

Après deux tours de scrutin, M. Tillaux obtient 16 voix.

M. Tillaux est proclamé Vice-Président pour l'année 1879.

Nomination des deux Secrétaires annuels.

M. Lannelongue est nommé premier Secrétaire annuel.

M. Polaillon est nommé second Secrétaire annuel.

Nomination du Trésorier.

M. Berger est nommé Trésorier, en remplacement de M. Nicaise.

Par acclamation, M. Terrier est continué dans ses fonctions d'Archiviste.

A 5 h. 1/2, la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire,
Horteloup.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME QUATRIÈME

DES

BULLETINS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

TABLE DES AUTEURS.

H

L

M

N

P

R

S

T

V

Paris. — Imprimerie Paul Dupont, rue Jean-Jacques-Rousseau, 41. (1889, 12-8.

